



**Universitat de Lleida**

**Facultat d'Infermeria**

**Màster Universitari en Recerca en Salut**

**Curs 2013/2014**

## **Disseny i validació d'una guia interactiva per a hipertensos mitjançant el mètode Delphi i entrevistes a pacients**

Disseny i validació d'una guia interactiva per a pacients hipertensos per a duu a terme una intervenció infermera per a millorar i mantenir el nivell d'activitat física

### **Treball Final de Màster**

Alumna: Gemma Espigares Tribó

Tutora: M. Luisa Guitard Sein-Echaluce

Lleida, 30 de juny de 2014

© *Gemma Espigares*



## Resum

**INTRODUCCIÓ:** Els usuaris del sistema sanitari reben una gran quantitat de guies i tríptics d'educació per a la salut. L'eficàcia i la qualitat en la comunicació dels missatges de salut impulsa la producció de materials de suport (guia) que hagin estat sotmesos a processos de validació, per tal de millorar-ne la seva llegibilitat.

**OBJECTIU:** Dissenyar i validar una guia per a pacients per duu a terme una intervenció infermera per a millorar i mantenir l'activitat física en hipertensos, mitjançant tècniques quanti-qualitatives.

**METODOLOGIA:** El disseny de la guia s'ha realitzat mitjançant un panell Delphi amb 15 experts i 9 entrevistes a pacients amb hipertensió, entre gener i maig de 2014 a la Unitat d'Hipertensió de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida. Un grup de 6 experts han format el grup assessor (experts en HTA, AF i metodologia). L'anàlisi de les entrevistes i les observacions s'ha realitzat amb el programa OPEN CODE 3,6. L'anàlisi estadístic del Delphi s'ha realitzat mitjançant l'índex de validesa del contingut (IVC), probabilitat d'acord per atzar (Pa) i coeficient de Kappa modificat ( $k^*$ ). Per a la validació s'han utilitzat 2 qüestionaris (BIDS i SAM) i un programa informàtic (INFELSZ). La validesa en el Delphi s'assegura amb la idoneïtat dels panelistes, l'anonimat entre els experts, el feedback controlat i les 3 rondes del panell; en el cas de les entrevistes mitjançant un reclutament aleatori superior al necessari i l'opinió d'almenys 2 pacients de cadascun dels perfils definits.

**RESULTATS:** La "Guia interactiva per a pacients: Hipertensió i Activitat Física" conté 52 pàgines validada per experts i pacients de forma quanti-qualitativa. El temps dedicat pels 15 experts en la validació ha estat de 3077', aproximadament 1h per expert i ronda. Les característiques han anat canviant en funció de la opinió recollida fins que totes tenien una puntuació satisfactòria o molt satisfactòria a la valoració (3 i 4 de l'escala Likert). Les mitjanes dels estadístics són: l'IVC = 0,924, Pa=0,002 i  $k^*$ =0,926. Els indicadors amb  $k^*$  superior a 0,929 han estat inclosos directament i la resta han estat revisats. Els 8 indicadors han obtingut una valoració excel·lent en la versió final. El resultat de l'Escala BIDS és del 95,71% de validesa (67/70), l'escala SAM 93,18% d'efectivitat (41/44) que correspon a un material de qualitat superior i l'índex INFELSZ obté una puntuació de 67 punts, essent un document de fàcil lectura. Experts i pacients coincideixen en l'atracció, comprensió, identificació, acceptació i inducció a l'acció de la guia (96% dels casos en els experts i 88% en els pacients).

**DISCUSSIÓ:** La opinió d'experts i pacients en el procés de disseny i validació de la guia ha estat molt favorable, igual que en estudis similars com els de Barrio, Salazar et al, Moura o Diaz. Estudis similars obtenen puntuacions en l'índex INFELSZ d'entre 37,9 les revistes científiques i 84,64 els còmics. BIDS i SAM són dos instruments molt útils, però que no estan validats al nostre context; a diferència de INFELSZ.

**CONCLUSIÓ:** Es constata la necessitat d'utilitzar mètodes de validació quanti-qualitativa per al disseny i validació de materials d'educació per a la salut de la població, que en milloren la seva llegibilitat i comprensió. La versió final de la guia serà utilitzada en un assaig clínic aleatoritzat amb 1024 pacients hipertensos a HUAV Lleida on es podran analitzar les propietat clinimètriques (validesa i fiabilitat) i la eficiència econòmica (cost-efectivitat).

## Índex de continguts

Resum.....	3
Índex de continguts.....	4
Índex de taules .....	7
Índex de figures.....	7
Llistat de sigles i abreviatures .....	8
Agraïments .....	9
1. Introducció .....	10
2. Marc teòric .....	10
2.1. Evolució dels Concepte de Salut, promoció de la salut i educació per a la salut.....	10
2.1.1. Evolució del concepte de Salut .....	10
2.1.2. Promoció de la Salut: Història i legislació .....	11
2.1.3. Educació per a la Salut: concepte i difusió.....	12
2.2. Textos dirigits a pacients: llegibilitat i recomanacions.....	13
2.2.1. Anàlisi de la llegibilitat dels textos.....	13
2.2.2. Recomanacions sobre el disseny de materials per a pacients .....	14
2.2.3. Validació de materials .....	23
2.2.4. Escales de validació del disseny de materials .....	25
2.2.5. Participació ciutadana en el disseny de materials .....	28
2.3. La Hipertensió arterial.....	29
2.3.1. Què és la Hipertensió arterial?.....	29
2.3.2. Anàlisi de les guies nacional e internacionals sobre hipertensió .....	30
2.4. Activitat i exercici físic.....	32
2.4.1. Què és l'activitat i l'exercici físic?.....	32
2.4.2. Anàlisi de les guies sobre activitat i exercici.....	32
3. Justificació .....	34
4. Objectius .....	35
4.1. Objectiu principal .....	35
4.2. Objectius secundaris .....	35

6.	Disseny del projecte .....	36
6.1.	Tipus d'estudi .....	36
6.1.1.	La metodologia Delphi .....	36
6.1.2.	Entrevista semi-estructurada .....	37
6.2.	Participants.....	38
6.2.1.	Participants en el Panell d'experts Delphi.....	39
6.2.2.	Participants en les entrevistes semi-estructurades .....	40
6.3.	Recollida d'informació.....	41
6.3.1.	Recollida de la informació amb els experts Delphi .....	41
6.3.2.	Recollida de la informació amb les entrevistes a pacients .....	42
6.4.	Valoració de la validesa.....	43
6.4.1.	Valoració de la validesa en el Delphi.....	43
6.4.2.	Valoració de la validesa en les entrevistes.....	43
6.5.	Previsió de l'anàlisi .....	43
6.5.1.	Previsió de l'anàlisi de respostes dels experts del panell Delphi .....	43
6.6.	Aspectes ètics i legals .....	45
6.7.	Cronograma.....	46
7.	Resultats.....	48
7.1.	Resum dels resultats del procés Delphi .....	48
7.1.1.	Participació i perfil dels experts .....	49
7.1.2.	Temps invertit en les revisions.....	49
7.1.3.	Evolució de les opinions dels experts:.....	49
7.2.	Avaluació de la qualitat de la guia.....	52
7.2.1.	L'escala de Principis <i>Berner Institutional Design Scale (BIBS)</i> .....	52
7.2.2.	L'escala <i>Suitability Assessment of Materials (SAM)</i> .....	54
7.2.3.	El programa informàtic INFLEZ .....	56
8.	Discussió .....	59
8.1.	Discussió dels resultats en funció dels objectius .....	59
8.2.	Trets diferencials de la guia.....	61
8.3.	Aprenentatge i metodologies aplicades a la guia .....	61
8.4.	Efectes esperats de la guia per al futur.....	62
8.5.	Avaluació de resultats en termes econòmics.....	62
8.6.	Futures investigacions.....	64

9. Conclusions: .....	65
10. Bibliografia .....	66

ANNEXOS:

ANNEX I. Full de recollida de dades del pacient.....	71
ANNEX II. Full d'informació al pacient.....	73
ANNEX III. Full de consentiment informat .....	75
ANNEX IV. Qüestionari per a l'entrevista a pacients.....	76
ANNEX V. Dossier per als experts del panell Delphi.....	78
Annex VI. Qüestionari ronda 1 panell Delphi .....	83
Annex VII. Informe ronda 1 panell Delphi .....	85
Annex VIII. Qüestionari ronda 2 panell Delphi .....	92
Annex IX. Informe parcial ronda 2 panell Delphi .....	95
Annex X. Qüestionari final ronda 3 panell Delphi .....	99
Annex XI. Informe de la ronda final (ronda 3) panell Delphi.....	101

## Índex de taules

- Taula 1. Recomanacions per a elaborar materials d'educació per a la salut de Barrio
- Taula 2. Les 14 recomanacions per a dissenyar materials escrits de Gunning
- Taula 3. 41 recomanacions de Barrio et al per al disseny de materials d'educació per a la Salut
- Taula 4. Classificació dels nivells d'evidència científica segons les Directrius per elaborar les guies de pràctica clínica en atenció primària de l'Institut Català de la Salut
- Taula 5. Classificació del grau de recomanació segons les Directrius per elaborar les guies de pràctica clínica en atenció primària de l'Institut Català de la Salut
- Taula 6. Temps invertit pels experts en les revisions de la guia
- Taula 7. Puntuacions obtingudes en la ronda 3 dels diferents conceptes
- Taula 8. Puntuacions obtingudes en la ronda 3 dels diferents conceptes, valoració i decisió adoptada
- Taula 9. Escala de principis Berner Institucional Design Scale completada amb la guia
- Taula 10. Principis de la Berner Institucional Design Scale amb puntuacions baixes a la versió final
- Taula 11. Escala Suitability Assessment of Materials (SAM) completada amb la guia
- Taula 12. Indicadors de la Suitability Assessment of Materials (SAM) amb puntuacions baixes a la versió final

## Índex de figures

- Figura 1. Esquema de les 5 eines per a la Promoció de la Salut de Ruiz Muñoz
- Figura 2. Taula de judici raonat de la Societat Espanyola de Farmacèutics en Atenció Primària
- Figura 3. UNICEF. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. Guia metodològica i vídeo de validació de materials IEC. Perú: 2003
- Figura 4. Escala de Principis de la Berner Institucional Design Scale
- Figura 5. Escala Suitability Assessment of Materials
- Figura 6. Model teòric de Rodríguez et al per al disseny de l'estudi
- Figura 7. Adaptació de l'esquema global del procés Delphi de Soldevilla
- Figura 8. Full de recollida de dades del pacient entrevistat
- Figura 9. Full d'informació al pacient per a ser entrevistat
- Figura 10. Full de consentiment informat que ha de signar el pacient per a ser entrevistat
- Figura 11. Esquema de la agregación de las respuestas de la 2ª ronda del Delphi
- Figura 12. Imatge de la guia i informe de llegibilitat de la versió inicial de la diapositiva Beneficis de l'exercici físic
- Figura 13. Informe de llegibilitat de la versió intermèdia de la diapositiva Beneficis de l'exercici físic
- Figura 14. Diapositiva i Informe de llegibilitat de la versió final dels Beneficis de l'exercici físic
- Figura 15. Diapositiva i Informe de llegibilitat de la versió final dels Objectius de la guia
- Figura 16. Diapositiva i Informe de llegibilitat de la versió final del concepte d'hipertensió
- Figura 17. Esquema del disseny i avaluació continua de la guia

## Llistat de sigles i abreviatures

AF	Activitat Física
BIDS	<i>Berner Institutional Design Scale</i>
DAFO	Debilitats, Amenaces, Fortaleses i Oportunitats
EF	Exercici Físic
EHRICA	Asociación Española de Enfermería de Hipertensión y riesgo cardiovascular
EPS	Educació per a la Salut
ESC	<i>European Society of Cardiology</i>
ESH	<i>European Society of Hypertension</i>
FRCV	Factors de risc cardiovascular
GPC	Guia de Pràctica Clínica
HTA	Hipertensió arterial
ICS	Institut Català de la Salut
IFSZ	<i>índice de Legibilidad de Flesh-Szigriszt</i>
IVC	Índex de Validesa del Contingut
K*	Índex Kappa modificat
NCSALL	<i>National Center for the Study of Adult Learning and Literacy</i>
OMS	Organització Mundial de la Salut
PA	Pressió Arterial
Pa	Probabilitat d'acord per atzar
PEFS	Guia de prescripció d'exercici físic per a la Salut
PRESCAP	PRESió arterial en la població espanyola en los Centros de Atención Primaria
PREVENCAT	PREVención de la ENfermedad Cardiovascular y Actuación Terapéutica actual
RNAO	Registered Nurses' Association of Ontario
SAM	<i>Suitability Assessment of Materials</i>
SEFAP	Societat Espanyola de Farmacèutics en Atenció Primària
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia



## Agraïments

Aquest treball no hagués estat possible sense l'ajuda de molts de vosaltres. En primer lloc la meva tutora del treball, Lluïsa, que em va iniciar en el món de la recerca i m'ha encoratjat a voler conèixer cada dia més sobre aquest món.

També aprofito per agrair l'experta del Josep Maria, la Divina, la Noemí, el Fidel i el Javier que m'han guiat en el procés i m'han assessorat amb els continguts i la metodologia a seguir en tot moment.

Als 15 experts que han dedicat una estona del seu temps personal a col·laborar en la guia: Meri, Ivan, Isabel, Rosa, Dolors, Serafín, Òscar, Lucía, Érica, Jordi, Blanca, Miguela, Azucena, Felipe i M.Carme. Als pacients que he pogut entrevistar i conèixer la seva opinió sobre la guia: Joan, Rosa, Ramón i Francisco Javier. I a les infermeres amb les que col·laborem en el projecte que durem a terme i que han realitzat l'avaluació de la guia mitjançant els qüestionaris Mara, Juncal, Sandra, Ines i Valle.

Als companys del Servei d'Edicions i Publicacions de la UdL per la paciència i els consells en el disseny i maquetació de la guia.

A l'Agència de Salut Pública del Departament de Salut (Generalitat de Catalunya) li agraeixo la cessió per a ús no comercial de les imatges de la piràmide de l'activitat física.

Vull agrair la confiança diposita per l'Asociación Española de Enfermería de Hipertensión y Riesgo Cardiovascular (EHRICA) en l'aval d'aquesta guia.

Finalment, M'agradaria agrair el suport econòmic de la Diputació de Lleida i el Consell Social de la Universitat de Lleida per a la impressió de les guies.

## 1. Introducció

Els usuaris del sistema de salut reben una quantitat important d'informació en les seves visites de rutina o per alguna malaltia als centres de salut. A l'atenció primària i les consultes especialitzades es freqüentment facilitar a pacients i familiars guies, manuals i fulletons escrits sobre consells de salut i recomanacions en determinades malalties.

No obstant, diversos estudis apunten a la poca llegibilitat (dificultat de comprensió especialment) d'aquests textos per part dels pacients (1). Es detecten problemes de comprensió del receptor, llenguatge poc comprensible, tamany de la lletra poc adequat, manca d'il·lustracions que facilitin la comprensió, etc.

Les guies o manuals sobre recomanacions en el disseny de materials sobre salut destinats a pacients i ciutadans contenen moltes recomanacions. Cal destacar però que el problema de les recomanacions que trobem en la bibliografia nacional i internacional, sovint es sustenten en l'experiència d'experts i no en evidència científica.

Les "Directrius per elaborar les guies de pràctica clínica en atenció primària de l'Institut Català de la Salut" (2) aposten perquè en l'elaboració de les guies de pràctica clínica (GPC) hi participin equips multidisciplinaris (metges de família, infermeres d'atenció primària, farmacèutics, facultatius d'altres especialitats, farmacòlegs clínics, epidemiòlegs i experts en ètica). Proposa també que es facin amb col·laboració amb les societats científiques implicades i sobre la participació de pacients i l'avaluació a través de check-list.

És important destacar, que un cop tenim dissenyat el material d'educació per a la salut (EpS), aquest ha de ser validat i avaluat a través d'instruments i qüestionaris validats per a tal fi. En aquest sentit, trobem en la bibliografia varies opcions com les que plantegen Barrio et al o la *Health Promoting Hospitals* (1,3). Per al nostre treball utilitzarem: *Berner Institutional Design Scale (BIDS)*, *Suitability Assessment of Materials (SAM)* i el programa informàtic *INFLEZ* validat per al context espanyol.

## 2. Marc teòric

### 2.1. Evolució dels Concepte de Salut, promoció de la salut i educació per a la salut

#### 2.1.1. Evolució del concepte de Salut

Quan volem definir el terme **salut** és difícil no pensar en el terme malaltia, de forma que és fàcil imaginar una línia horitzontal en el que a cada extrem hi ha un dels conceptes formant un binomi en el que l'estat de les persones es mou per aquesta línia.

Tradicionalment, la salut estava considerada com l'absència de malaltia, però aquesta visió negativista ha anat evolucionant amb el temps, i és l'any 1986 que la Organització Mundial de la Salut (OMS) a la carta d'Otawa (4) plasmava aquest canvi definint la salut com un estat de benestar físic, mental i social complet, i no solament l'absència de malaltia.

### 2.1.2. Promoció de la Salut: Història i legislació

La terminologia Promoció de la Salut és relativament recent i té les seves arrels al s. XIX. Va ser Alison a Escòcia al 1820 qui va descriure l'associació existent entre la pobresa i la malaltia; i Virchow l'any 1845 a Alemanya qui manifestava que les causes de la malaltia eren molt més socials i econòmiques que físiques (4). Però no va ser fins al 1945 quan Sigerist (2) va utilitzar per primera vegada la terminologia **"Promoció de la Salut"** afirmant que es promou la salut quan es facilita el nivell de vida decent de les persones.

Legislativament, la Constitució Espanyola de 1978 (5) en l'article 43 reconeix el dret a la protecció de la salut i estableix que els poders públics fomentaran l'educació sanitària; la Llei 14/86 de 25 d'abril General de Sanitat (6) en l'article 6 declara que les actuacions de l'Administració Pública sanitària estan orientades a la promoció de la salut; i la Llei 16/2003 de Cohesió i Qualitat del Sistema Nacional de Salut de 28 de maig (7), recull la prestació d'atenció primària que ha de comprendre les activitats de promoció de la salut, educació sanitària i prevenció de malalties.

L'any 1937, l'informe *"Political and Economic Planning Report"* elaborat pels serveis sanitaris britànics afirmaven que els serveis de salut no eren l'únic factor que influïa en la salut de la població, i n'apuntava d'altres com la casa, la nutrició o el nivell de vida (4).

L'Informe de "Noves perspectives de la salut dels canadencs" elaborat pel ministre **Lalonde** l'any 1974 va determinar com influïen els serveis sanitaris i altres factors (biològics, ambientals i conductuals) a la salut (4). Va posar de manifest que és l'estil de vida el que demostra tenir més influència en la salut dels individus.

La OMS organitza l'any 1978 la conferència d'Alma Ata per garantir a la població la cobertura de les necessitats bàsiques i prepara l'estratègia mundial "Salut per a tots a l'any 2000". I a la Conferència Internacional d'Otawa celebrada l'any 1986 al Canadà amb el lema "Cap a una nova salut Pública" es va definir la Promoció de la Salut com un procés polític i social global dirigit a la modificació de les conductes socials, ambientals i econòmiques amb la finalitat de reduir el seu impacte en la salut pública (4).

Ruiz Muñoz defineix les 5 eines per a la promoció de la salut (8): educació per a la salut individual, grupal o col·lectiva, informació i comunicació, acció i dinamització social i mesures polítiques i reorientació dels sistemes.

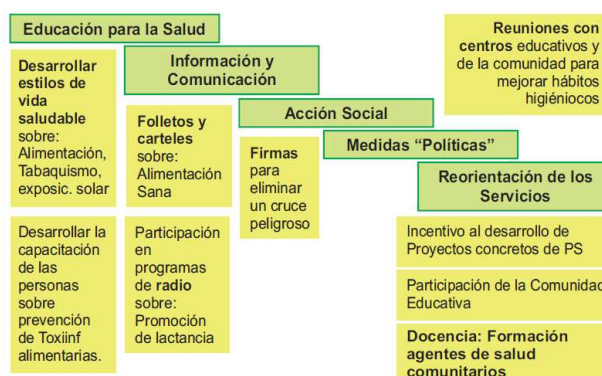


Figura 1. Esquema de les 5 eines per a la Promoció de la Salut de Ruiz Muñoz

Interessa especialment la informació i comunicació que inclou, segons l'autor, l'elaboració i utilització de diferents instruments d'informació com ara fulletons, cartells, murals, còmics, gravacions o calendaris, entre altres, i la participació en els mitjans de comunicació. Aquest concepte forma part de l'educació per a la salut i es el que desenvoluparem en el següent apartat.

### 2.1.3. Educació per a la Salut: concepte i difusió

El concepte d'**educació per a la Salut** (EpS) ha anat canviant també amb el temps per tal d'ajustar-se al context actual. L'any 1975 el Grup de treball liderat per Anne Sommers "*National Conference on Preventive Medicine*" als EEUU (9), va establir que EpS havia de ser un procés que informés, motivés i ajudes a la població a adoptar i mantenir pràctiques i estils de vida saludables.

Lawrence Green l'any 1980 defineix EpS com qualsevol combinació d'oportunitats d'aprenentatge encaminades a facilitar l'adopció voluntària de comportaments que millorin o serveixin pel manteniment de la salut, incloent la presa de decisions dels individus (9).

Com ja avançàvem anteriorment el material de difusió, com fulletons o guies, esdevenen una eina essencial en la comunicació amb els ciutadans. Autors com Mayor Serrano en el seu llibre "*Com elaborar fulletons de salut destinats a pacients*" (10) parla d'aquest recurs com un dels mitjans més utilitzats en l'educació sanitària de pacients, familiars, cuidadors i ciutadans en general i parla de la gran dimensió que tenen. Concretament parla de que en un centre d'Atenció Primària de Madrid s'han arribat a recollir en un any més de 300 fulletons l'any 2003.

És el cas també de Barrio (11) que en la seva tesis doctoral sobre mètodes de medicació de llegibilitat dels fulletons educatius sobre salut, apunta que va recollir en un any (2006) més de 500 fulletons en dos centres sanitaris de Granada i Madrid. L'autora evidencia que la quantitat d'impressions d'aquest tipus de material és molt considerable, tant pel que fa als recursos humans, material com econòmics, i que per aquest motiu resultaria d'interès desenvolupar eines que permetessin avaluar-ne la seva qualitat per tal d'utilitzar correctament els recursos.

La OMS parla en el Manual sobre educació sanitària en atenció primària de salut (12) sobre la funció de l'educació sanitària i diu que aquesta ha de tenir per objectiu animar a la gent a parlar sobre els seus problemes i trobar les seves pròpies solucions. I parla també de l'agent de salut com la persona que ha de guiar a les persones a examinar quina és la millor solució.

Aquest manual (12) apunta ja l'any 1989 que la informació correcta és una part molt important de l'educació sanitària, però que no es tracta únicament de donar la informació sinó d'intentar modificar l'actitud de les persones, i evidencia que aquesta modificació de l'actitud no es possible sense fomentar la participació dels individus en la planificació de l'EpS. Aquesta participació de la persona, el grup o la comunitat s'ha d'entendre com un treball actiu amb els agents de salut per resoldre els problemes de salut o crear conductes saludables.

## 2.2. Textos dirigits a pacients: llegibilitat i recomanacions

Als any 70 comença a Suècia un moviment iniciat pels fòrums socials (13) dedicats a la participació ciutadana conegut com “*empowerment*”, que obra el debat sobre la necessitat de millorar la comunicació entre les organitzacions socials, administracions públiques, usuaris i ciutadans, per tal d'utilitzar un llenguatge més assequible i entenedor que es bateja com “llenguatge ciutadà”.

Els sistemes sanitaris coneixedors d'aquesta tendència dissenyen per a la regió Europea de la OMS la política “Salut per a tots al segle XXI” (13) de la què en resulta una prioritat el desenvolupament d'estratègies d'informació dels usuaris del sistema sanitari.

És evident que el fet que els pacients compreguin la informació que se'ls vol traslladar no depèn exclusivament de l'emissor, sinó també de les característiques del receptor, però si volem que aquests participin activament en la presa de decisions sobre la seva salut cal incorporar **l'anàlisi de la llegibilitat** de textos al dia a dia de la lectura sanitària dels usuaris.

### 2.2.1. Anàlisi de la llegibilitat dels textos

La llegibilitat dels textos segons Barrio (11) és el conjunt de característiques tipogràfiques i lingüístiques del text escrit que permeten llegir-lo i entendre'l amb facilitat. La llegibilitat tipogràfica està condicionada pel tamany, forma i disseny dels caràcters gràfics del text; mentre que la llegibilitat lingüística està condicionada per les construccions gramaticals del text.

Els primers estudis sobre llegibilitat de textos dirigits a pacients o usuaris de salut no apareixen fins als anys 70 als EEUU, i a Espanya fins als anys 90, i aquesta aparició està relacionada amb el concepte comentat anteriorment d'empoderament i l'increment en l'autonomia de la presa de decisions dels pacients (11).

Entre els autors més influents sobre llegibilitat trobem Rudolph Flesh desenvolupador de la fórmula d'anàlisi de llegibilitat més coneguda “*Reading Ease Score*”; mentre que a nivell espanyol podem destacar l'índex de *Llegibilitat de Flesh-Szigriszt* (IFSZ) i el programa informàtic INFLESZ (11).

Segons Barrio (11) els textos dirigits a pacients sobre els que més s'ha avaluat la llegibilitat han estat prospectes, formularis de consentiment informat i materials d'educació per a la salut. En general apunta que els estudis que s'han realitzat mostren que aquests documents tenen una llegibilitat baixa. En un estudi on analitza 500 fulletons d'EpS els resultats són del tamany mig de la lletra 11.37 punts, el 32 % no contenia imatges informatives i el 46% no contenia la data d'edició. Pel que fa a l'anàlisi de llegibilitat mitjançant l'índex Flesch-Szigriszt el nivell gramatical es força acceptable donat que el 76% dels 500 fulletons analitzats en l'estudi compleixen els estàndards, no obstant l'autora remarca que 1 de cada 4 fulletons no fa la funció per a la que s'ha dissenyat, i si tenim en compte la quantitat que s'imprimeix d'aquest tipus de material, són molts els recursos que s'inverteixen i que no obtenen el resultat desitjat.

### 2.2.2. Recomanacions sobre el disseny de materials per a pacients

Les guies o manuals sobre recomanacions en el disseny de materials sobre salut destinats a pacients i ciutadans contenen moltes recomanacions. Cal destacar però que el problema de les recomanacions que trobem en la bibliografia nacional e internacional, sovint es sustenten en l'experiència d'experts i no en evidència científica.

Duman destaca alguns exemples de guies britàniques (14) com les dissenyades per *king's Fund* o *Picker Institut*; o models americans com la "Pink Book" dissenyada pel *National Cancer Institut*:

Els "Deu principis de l'escriptura clara" de Robert Gunning", nord-americà dedicat al gènere periodístic i que va escriure diversos llibres, el més important l'any 1952 "*The technique of Clear Writing*". Els principis que va formular són: frases curtes, prefereix lo simple a lo complex, prefereix les paraules familiars, evita les paraules innecessàries, escriu els verbs en actiu, escriu tal i com parles, utilitza terminologia que el lector pugui entendre, connecta amb les experiències dels lectors, utilitza recursos variats i escriu per expressar i no per impressionar.

La llista de recomanacions tipogràfiques elaborada pel teòric europeu Richaudeau l'any 1984 descriu els **8 factors de llegibilitat tipogràfica**: dimensions dels caràcters (tamany), dibuix dels caràcters (majúscula, minúscula, negreta, cursiva,...), dibuix dels caràcters (Arial, verdana,...), espais i talls entre paraules, justificació de text, longitud de les línies, interlineat i tipus de tinta i paper.

Cal evidenciar que en la bibliografia trobem discrepància d'opinions, és el cas per exemple, de les recomanacions relacionades amb l'ús de fotografies. D'una banda, Manssor i Dowse en un estudi aleatoritzat realitzat l'any 2003 amb 60 individus sud-africans de baix nivell escolar evidencia que acompanyar les fulles de consentiment informat amb dibuixos sobre el procés millorava la comprensió i compliment terapèutic en el grup intervingut. D'altra banda, l'estudi de Hayng et al realitzat l'any 2005 al Canada amb 130 usuaris dels sistema sanitari de Toronto en el que s'incorporaven il·lustracions simples als prospectes no milloraven la comprensió de la informació. L'any 2003 Barrio i Simón (11) escriuen les "Recomanacions per a elaborar materials d'educació per a la salut" amb una llegibilitat adequada:

TABLA 4 Recomendaciones para elaborar materiales de educación para la salud con legibilidad adecuada	
1. Cuida el contenido de lo que escribe	
Sea breve. La concisión es una virtud	
Incluya resúmenes con las ideas clave de lo que quiera desarrollar	
Dé ejemplos prácticos para ilustrar los conceptos complejos	
Introduzca interrogantes que exijan del lector implicación en el texto	
2. Mejore la legibilidad lingüística de lo que escribe	
Organice los contenidos por epígrafes	
Escriba como habla: use la voz activa, no la pasiva	
Escriba con frases cortas, de no más de 10 palabras	
No use en lo posible frases compuestas, sobre todo con subordinadas	
No use dobles negaciones. No es infrecuente encontrarlas, aunque tampoco es frecuente no encontrarlas (¿lo pillas?)	
Use el punto para separar frases; evite el punto y coma	
Escriba con palabras cortas	
Escriba con palabras sencillas, que no vulgares	
Evite los tecnicismos sustituyéndolos por descripciones simples	
3. Evalúe la legibilidad lingüística formal de lo que escribe	
Utilice las herramientas informatizadas de análisis de la legibilidad para evaluar el texto. Si usa WordPerfect 7, Word Office 97 o Word 2000, puede considerar un texto legible si la puntuación de Flesch > 10 y el índice de Complejidad Oracional < 40	



4. Mejore la legibilidad tipográfica de su diseño
Use tipos de letra fáciles de leer. Muchos son impactantes, pero difíciles de entender
No emplee más de 2 o 3 tipos de letra, porque si no, el lector se distrae del contenido
El tamaño del tipo puede ser menor del 12. Lo ideal son tamaños como el 14 o aún mayores
Lo mejor son las letras negras sobre fondo blanco o de color muy claro
Evite los fondos oscuros sobre los que vaya texto. Y más con dibujos o texto sobreimpreso, o como marca de agua. Y los negativos..., tampoco
Utilice con moderación las negritas, subrayados y cursivas. Úselos en mensajes muy importantes
LOS MENSAJES ESCRITOS TOTALMENTE EN LETRAS MAYÚSCULAS SON MÁS DIFÍCILES DE LEER. Mejor combinar MAYÚSCULAS y minúsculas
Use interlineados amplios y «caracteres expandidos»
Con tamaños de letra muy grandes use varios espacios en blanco para separar las palabras ya que, si no, no se leerá bien
Deje espacios en blanco en la página, para que la vista descanse
Es mejor justificar el párrafo sólo por la izquierda, y dejar libre la derecha
Los márgenes del documento deben ser suficientemente amplios, evitando que los dobleces, las grapas o los cosidos del documento «se coman» las letras
Los folletos con varios dobleces (p. ej., trípticos) tienen que presentar con claridad la secuencia de lectura de sus partes
Utilice imágenes que aclaren el contenido. Recuerde que una buena imagen vale bastante más que mil palabras. ¡Pero evite la sobrecarga de imágenes con una mera función ornamental!
5. Haga un proceso participativo
Invite a los destinatarios del material a que colaboren con usted en el proceso de redacción y diseño
¡Los pacientes, los usuarios, los ciudadanos, son los que de verdad miden la legibilidad de lo que escribe! Ellos, y sólo ellos, son los que pueden mostrarle si sus esfuerzos sirven o no para lo que usted pretende que sirvan

Taula 1. Recomanacions per a elaborar materials d'educació per a la salut de Barrio

També al 2003 Monsivais i Renolds (11) desenvolupen una taula amb **14 recomanacions per a dissenyar materials escrits** molt similars a les de Gunning:

14 recomanacions de Gunning per al disseny de materials escrits:	
1. Escriure frases curtes que exposin idees clau	8. Utilitzar la segona persona
2. Expressar una sola idea en cada frase	9. Utilitzar paraules d'una o dos síl·labes
3. Escriure paràgrafs curts amb una o dos frases	10. Utilitzar paraules d'ús comú i no terminologia mèdica
4. Utilitzar la mateixa paraula per descriure una qüestió clau	11. Presentar les qüestions principals al començament
5. Evitar utilitzar diferents paraules per expressar el mateix concepte	12. Utilitzar numeracions per identificar les qüestions rellevants
6. Evitar l'ús de frases amb estructures gramaticals complexes	13. Utilitzar un espai adequat per a que la vista descansi
7. Escriure amb veu activa	14. Evitar escriure tot en majúscules perquè sembla que indueixi a cridar i utilitzar gràfics per a il·lustrar el text aïllat

Taula 2. Les 14 recomanacions per a dissenyar materials escrits de Gunning

En una línia similar l'any 2004 Aldridge presenta el document “**Mejorando la legibilidad: estrategias de diseño**” per a fulletons informatius i enumera algunes recomanacions: Utilització de negreta i cursiva per emfatitzar les qüestions clau, utilitzar lletres grans sobre paper clar per enumerar amb clarietat, utilitzar tamany de lletra de no menys de 12 punts, utilitzar la lletra Arial de 14 punts perquè la prefereixen els pacients segons els seus estudis, evitar utilitzar molts tipus de lletra diferents perquè distreuen el lector, utilitzar il·lustracions per als conceptes o procediments, justificar el text amb marge esquerra i deixar espai blanc al dret, utilitzar títols i subtítols per a dividir el text i deixar molt espai en blanc a la pàgina perquè els fulletons no semblin sobrecarregats. Finalment anima a utilitzar elements interactius per animar als pacients a utilitzar el material.

En un estudi realitzat per Barrio l'any 2007 a Granada (11) amb un panell amb 18 experts mitjançant metodologia Delphi amb tres rondes de consulta acaben per fer 41 recomanacions relacionades amb el contingut, la llegibilitat lingüística, la tipografia, l'edició i la participació dels usuaris:

	Recomendación	Media	IC (95%)	Comentarios
<b>1. Sobre el contenido</b>				
1.1	Ser breves, la concisión como una virtud. Si algo se puede decir con 5 palabras, no usar 6.	5,00	5,25-4,75	1. Depende del objetivo del folleto: para trabajar en grupo un texto o para informar puntualmente. 2. Dependerá de la idea que queramos transmitir. 3. Sobre todo "precisar". 4. Breve pero que se entienda. 5. Conviene consensuar lo más pormenorizadamente posible el estilo lingüístico antes de iniciar la redacción para garantizar una unidad formal. 6. Moverse entre la concisión y la información suficiente.
1.2	Incluir resúmenes con las ideas importantes que se desarrollan más ampliamente.	4,34	4,81-3,88	1. Al final, concluir con un resumen de ideas básicas. 2. Mejor lo propuesto en el 1.10. 3. Más que resumen general, un esquema con el resumen del texto. 4. Creo que si el texto es muy largo hay que hacer resúmenes, de lo contrario basta con poner en negrita o resaltar de alguna forma, las ideas importantes. 5. Cuidando el diseño, las características gráficas y el contenido del resumen. Quizás sea mejor el resumir al final. 6. Mejor resumir directamente el texto y se evitan reiteraciones, salvo que éstas sean importantes
1.3	Dar ejemplos prácticos para ilustrar los conceptos complejos.	4,41	4,87-3,94	1. Mejor, ejemplificar con dibujos y usar alguna palabra clave. 2. Fundamental con jóvenes. 3. Un folleto no debe llevar ejemplos, mejor hacerlo verbalmente o practicando. 4. Es importante que al paciente le quede claro lo que tiene que hacer. 5. No de todo, sí de conceptos menos claros. Es mejor trabajar el folleto en sesiones o en educación individual. Dependerá del objetivo del folleto; pero en general el folleto ya "ejemplifica" el mensaje.  Los ejemplos son agradecidos para las personas de nivel bajo, sin embargo a mayor formación peor se toma la información demasiado mascada.
1.4	Introducir interrogantes de vez en cuando que exijan del lector su implicación en el texto.	3,41	2,72-4,09	1. No tanto por la implicación, como por facilitar la lectura. 2. Interrogantes acerca de cómo podría incorporar las ideas a su contexto. 3. Importante en determinados grupos etarios. 4. De respuesta fácil, no compleja. 5. No creo deba hacerse en un folleto informativo. 6. No, puede confundir al paciente, crearle dudas. Se trata de conseguir el efecto contrario. 7. Puede ser útil pero no hay que abusar. 8. Pueden generar dudas. Se pueden hacer indicaciones de cómo seguir buscando o donde buscar información. Los interrogantes siempre ayudan. A un interrogante sigue una respuesta. No puede dar lugar a dudas. 9. Un folleto informativo no debe transmitir inseguridad, sino lo contrario
1.5	Organizar los contenidos por epígrafes. El texto debería ir fragmentado según los diferentes temas que trata. Cada fragmento ha de ir precedido por un pequeño título.	5,03	4,69-5,37	1. Facilita la comprensión y el aspecto visual que proporciona, evita la fatiga "a priori" de la lectura. 2. ¡Ojo! a veces los apartados fragmentan demasiado el discurso, haciendo "perder el hilo". 3. Es importante el orden, la claridad, resulta más efectivo. 4. Que el texto esté ordenado, facilita su lectura y claridad. 5. Creo necesario epígrafes que clarifique y orienten sobre lo que viene a continuación. 6. Dependerá de la extensión del folleto y de la o las ideas que se quieran transmitir. A más mensajes, mayor necesidad de separación, pero también necesidad de nexos de continuidad.
1.6	La enumeración de ideas relacionadas entre sí debería ir precedida por un signo, letra o número que las ordene.	3,31	2,67-3,95	1. A veces esto puede ser difícil de interpretar por algunos sectores de población. 2. Si se entiende por signo, algo que separe las ideas como la puntuación (puntos y aparte, espacios etc.) puede ser más importante, las letras y los números entiendo que nos parecen más útiles a más a los técnicos. 3. Si porque puede interpretarse como orden cronológico o como prioridad.
1.7	Si la lista de ideas es muy larga, fragmentarla y agruparlas bajo una idea común.	4,47	4,00-4,94	1. Ayuda a centrar ideas y relacionarlas. 2. Hay que intentar que no sea larga, porque los lectores puede perderse. 3. Creo que un folleto debe transmitir ideas clave, de ahí la importancia de agrupar diferentes ideas en esas ideas clave. 4. Mejor exponer ideas breves.
1.8	Situar las palabras importantes al comienzo de la frase.	4,06	3,51-4,61	1. Esto puede ser difícil de interpretar por algunos sectores de población. 2. Resaltarlas o marcarlas. 3. Mejor al cierre de la frase. 4. Más importante que la colocación, es resaltarlas. 5. No es necesario, creo que es más útil ideas "gancho".



				6. Estoy de acuerdo en las ideas gancho 8. Si es largo el texto las ideas importantes sería mejor ponerlas al principio 9. Es relevante si no hay mucho texto. A más texto, más dificultad de recuerdo. De todas formas, mejor al inicio de la frase y párrafo.
1.9	Situar las frases importantes al comienzo del párrafo.	4,16	3,62-4,69	1. Resaltarlas.
1.10	Terminar el texto con un pequeño resumen de las ideas más importantes tratadas.	4,41	3,94-4,87	1. Huir del exceso de información. 2. No debe ser largo el folleto. 3. Que los propios destinatarios elaboren ese resumen. 4. Dado las dificultades de muchos para leer, un resumen puede ayudar pero sólo si el texto es muy largo. 5. Hay que intentar textos no muy largos. 6. A más texto, mayor necesidad de resaltar las ideas principales.
<b>2. Sobre la legibilidad lingüística de los folletos</b>				
2.1	Usar la voz activa mejor que la pasiva.	4,56	4-5,13	1. La pasiva se utiliza poco en el lenguaje coloquial. 2. Sin abusar.
2.2	Escribir con frases cortas, de no más de 10 palabras.	4,38	4,07-4,68	1. Los conceptos sanitarios, resultan difíciles de explicar en frases cortas. 2. Se explica el término y se explica la idea. 3. Siempre que incluya lo importante. 4. Depende. Las frases cortas más bien pueden convertirse en órdenes 5. Sería estupendo, pero es difícil, a no ser que sean mensajes indicativos, cusi ordenes.
2.3	No utilizar abreviaturas.	5,69	5,39-5,98	1. Muchas veces no se conoce el significado de ellos. 2. Explicarlas. 3. Depende del nivel académico al que va dirigido. Folletos para población general, no deben incluirlas a no ser que se hayan popularizado mucho.
2.4	No usar, en lo posible, frases compuestas, sobre todo con subordinadas.	4,66	4,16-5,15	1. No se debe utilizar más de una frase subordinada. 2. Puede ser útil para ampliar la información. 3. No renunciemos tan fieramente a la riqueza de nuestro lenguaje, la gente no es tan inculta. 4. También son útiles para concatenar ideas y no perder el hilo, lo importante es que sean subordinadas claras con un lenguaje directo y llano.
2.5	No usar dobles negaciones	5,66	5,36-5,95	1. No clarifican, se entienden con dificultad.
2.6	Usar el punto para separar frases; evitando el punto y coma.	4,31	3,73-4,90	1. Son preferibles los puntos y aparte. 2. No son intercambiables: cada uno tiene una utilidad.
2.7	Escribir con palabras cortas.	4,06	3,57-4,55	1. Siempre que tengan un buen contenido. 2. Más importante que la largura de la palabra es que sea de "uso frecuente".
2.8	Escribir con palabras sencillas, pero no vulgares.	5,44	5,13-5,75	1. Palabras que se conozca el significado. 2. Sencillas siempre que quede claro.
2.9	Evitar tecnicismos sustituirlos por descripciones simples.	5,56	5,25-5,87	1. Usar tecnicismos acompañados de descripciones simples. 2. El lenguaje técnico no es privativo del profesional. 3. Descripciones comprensibles. 4. Se puede incluir aún así la palabra 5. No debemos confundir lenguaje técnico con tecnicismos. Puede tratarse de un lenguaje técnico sencillo, adaptado al grupo de población al que se dirige los folletos. 6. Si se utilizan, hacerlo acompañado de una descripción comprensible
2.10	Escribir una idea por párrafo	4,50	3,97-5,03	1. Depende de la complejidad del contenido.
<b>3. Sobre la legibilidad tipográfica del diseño de los materiales educativos.</b>				
3.1	Usar tipos de letra fáciles de leer. Muchos son impactantes, pero difíciles de leer.	5,41	5,17-5,65	1. Tener en cuenta personas mayores con dificultad de lectura y/o problemas de visión. 2. Claridad (comprensibilidad) ante todo. 3. Se puede combinar una letra más impactante en los epígrafes y una más neutra en el cuerpo de texto. Dejemos los efectos especiales para las películas, aquí se impone la claridad
3.2	No emplear más de 2 ó 3 tipos de letra, porque si no el lector se distrae del contenido.	5,13	4,82-5,43	1. No es recomendable usar más de dos. 2. Jugar con los diferentes grosores (bold, black, médium, roman). 3. Mejor 1 ó 2.
3.3	El tamaño del tipo no puede ser menor del 12. Lo ideal es el tamaño 13 ó el 14.	4,97	4,61-5,33	1. Depende del material que se utilice Dependerá de la población a la que se dirija y los recursos con los que se cuente. 2. Mejor el 14

				3. Hasta 9 está bien.
3.4	Escribir en letras negras sobre fondo blanco o de color muy claro.	4,00	3,33-4,67	1. Mejor usar color. 2. El color puede ser una estrategia. Sólo hay que usarlo adecuadamente 3. Lo importante con el uso del color o el blanco y negro es buscar la unidad, y la limpieza. 4. Mejor color pero que sea legible
3.5	Evitar los fondos oscuros sobre los que vaya texto.	4,50	3,81-5,19	1. Hay un montón de formas de destacar texto sobre fondo oscuro. El fondo oscuro es un recurso más del diseñador. 2. Nada de elementos en el diseño que no aporten nada a la comunicación. En nuestro afán de hacerlo bonito podemos dispersar la información. 3. Depende de que se pretenda. A veces es útil el impacto.
3.5'	Evitar también los fondos con dibujos, texto sobreimpreso o marcas de agua	4,81	4,40-5,22	1. Los fondos de dibujitos "ensucian el diseño". 3. En general, las marcas de agua no añaden nada al mensaje. Suele ser motivo de "entretenimiento". 3. Hay un montón de formas de destacar texto sobre fondo.
3.6	Evitar los negativos (fondo oscuro y letras claras).	4,31	3,60-5,02	
3.7	Utilizar con moderación la negrita, subrayados y cursivas. Usarlos sólo en mensajes muy importantes.	4,75	4,37-5,13	1. Tres tipos de "señalamiento" es demasiado. 2. La negrita es adecuada. Las cursivas son menos recomendables porque son menos legibles. 3. Usarlo para resaltar palabras. 4. No abusar, destacar lo importante. 5. Dar un valor a cada recurso tipográfico y utilizarlo de forma uniforme en todo el texto. 6. Mejor sólo negrita para encabezamientos o palabras importantes, pero con moderación
3.8	Los mensajes escritos por entero con letras mayúsculas son difíciles de leer.	4,94	4,48-5,39	
3.9	Usar interlineados amplios.	3,69	3,05-4,33	1. Depende del coste del folleto y del presupuesto. 2. Depende del espacio con el que contemos. Lo de amplios es un término muy subjetivo. 3. Creo que hay que poner espacio entre ideas. 4. Los set, espacios entre caracteres e interlineados automáticos son los que proporcionan espaciados más equilibrados y que no "cansan" la lectura.
3.10	Utilizar caracteres expandidos (Separar los caracteres más de lo normal).	2,33	1,65-3,01	1. Sin exagerar. 2. Los caracteres expandidos dificultan la lectura. Mas de "separación 6", a la separación en diseño se llama tracking, dificulta mucho la lectura. Solo usarlos cuando queremos hacer bloques justificados de texto cortos (lo que se llama shot). 3. Con una idea de una o dos palabras
3.11	Con tamaños de letra muy grandes usar varios espacios en blanco para separar las palabras. (a partir de tamaño 18)	2,63	2,09-3,16	1. Espacios grandes producen problemas de legibilidad. 2. No es realmente necesario. 3. Si se utiliza la letra grande para un párrafo, debe haber más espacio entre las palabras, si no habrá problemas de lectura y cansancio visual 4. Mejor no usarlos
3.12	Dejar espacios en blanco en la página, para que la vista descanse.	4,50	4,06-4,94	1. Los folletos deben ser "limpios".
3.13	Es mejor justificar el párrafo sólo por la izquierda, y dejar libre la derecha.	3,00	2,46-3,54	1. El folleto es de lectura, no de estudio. Por tanto, justificado a ambos lados. 2. Depende del diseño general y de los elementos adicionales al cuerpo del texto. 3. Depende del diseño. Pero mejor justificando a ambos lados 4. Depende del "carácter" del folleto. Más credibilidad, justificado por ambos lados; mayor cercanía, justificar a la izquierda. Solamente.
3.14	Utilizar imágenes que aclaren en el contenido.	4,94	4,60-5,27	1. Siempre que sea posible. 2. Sin abusar de ellas. 3. A veces explican más que el propio texto. 4. Que sean sencillas. 5. Si con la explicación no basta, si. 6. Excepcionalmente. 7. Siempre que estén en relación directa con el texto y no sean un mero adorno 8. En función de las características del grupo, podemos utilizar ésto o bien lo propuesto en el punto 1.3
3.15	Evitar la sobrecarga de imágenes que tengan sólo función ornamental. Puede despistar de lo esencial.	5,03	4,52-5,54	1. Usar la imagen como apoyo al contenido, no como adorno. 2. Importante, cada imagen debe llevar a leer.

4. Sobre la edició del folleto.				
4.1	Los folletos con varios dobleces (trípticos, por ejemplo) tienen que presentar con claridad la secuencia de lectura de sus partes.	5,41	5,01-5,80	1. El contenido determina la forma del folleto, a veces varios dobleces no es adecuado. 2. Es mejor la presentación en modo de cuadernillo con las páginas numeradas. Lo mejor es que no hayan dobleces pero si los hay que esté clara la secuencia
4.2	Los márgenes del documento deben ser suficientemente amplios, evitando que dobleces, grapas o cosidos del documento "se coman" las letras.	5,38	4,98-5,77	
4.3	Intentar que la obra final sea breve. Los folletos de muchas páginas están condenados al abandono de su lectura.	5,44	5,04-5,84	1. La brevedad junto con la claridad en la exposición es la clave de la lectura de los folletos.
				1. No. Más folletos, implica la pérdida segura de alguno. 2. Muchos reunidos en un solo ejemplar, se convierte en documento de consulta. 3. Depende del contenido y la distribución del material. 4. Depende de la temática. 5. Preferible elaborar varios folletos si son temas que –aunque relacionados – tienen entidad cada uno de ellos por separado, aunque sean muy breves y concretos. Por ejemplo, en la información sobre la diabetes, puede hacerse varios folletos, sobre preguntas mas frecuentes, alimentación, cuidados de los pies, tratamiento, etc. Así el profesional puede usarlos en un proceso informativo, y evitar dar un material demasiado extenso. 6. Preferible ajustar el contenido informativo a las necesidades del interlocutor y esta recomendación permite aunar brevedad y mejor manejo, evitando dar lo que no necesita. 7. Los temas relacionados con la esfera psicosocial y de conductas, es preferible abordarlos con un único material que aborde el tema en complejidad, y aunque la información tenga varias partes, es mejor hacer un único texto mas largo. En estos temas, el fraccionamiento del material puede dejar las partes más "pobres", o incluso hacerlas menos comprensibles o desvirtuadas. 8. ¿Qué entendemos por folleto? Si queremos difundir información o apoyar la formación, es mejor tener varios folletos que nos ayuden en cada momento del proceso de enseñanza – aprendizaje (incluido el momento de despertar interés 9. Planificar como una serie. Con secuencia explicitada en un folleto general, o bien, en la contraportada de cada uno de ellos. Relacionar y hacer referencia a los contenidos de los otros folletos de la serie, para mantener la coherencia, el hilo argumental del discurso
4.4	Es preferible elaborar varios folletos sobre diferentes temas relacionados entre sí que un único material que aborde todos los temas.	4,66	4,18-5,14	
4.5	No utilizar papeles muy satinados, que produzcan brillos molestos que impidan la fácil lectura.	4,41	3,88-4,94	1. Parece una cuestión menor pero es realmente fastidioso! Aunque no es demasiado importante, el brillo en diseño se considera un estilo obsoleto de los años 80.
5. Por último				
5	Hacer de la elaboración del material un proceso participativo: Invitar a los destinatarios del material a que colaboren en el proceso de redacción y diseño del mismo.	5,28	4,90-5,66	1. Para poder reconocer los intereses de los participantes. 2. Una representación del grupo al que se dirige puede dar claves tanto de contenidos como de presentación. 3. Siempre se debe tener en cuenta el público objetivo final pero sus opiniones personales y subjetivas no deben ser determinantes, a no ser que se cotejen en una muestra aleatoria representativa. 4. Antes de la impresión y difusión, asegurarse que el material se comprende, que responde a las dudas de los destinatarios y que se adecua a su competencia lingüística. 5. Esto puede formar parte de la metodología educativa que se utilice. 6. Existen técnicos expertos en estos temas que es conveniente consultar. 7. Creo que no hay que confundir el trabajo técnico con la participación. 8. Es imprescindible consultar las ideas pero no las formas de hacer. 9. Garantiza la función didáctica del material. 10. Hay que contrastar la adecuación del material preparado por los profesionales con la opinión crítica de otros compañeros y especialmente con la de personas del colectivo a quienes se dirige. 11. La elaboración participativa desde el inicio es una experiencia que proporcionará interesantes aprendizajes a ambas partes, técnicos y población. Pero debe utilizarse una metodología de trabajo coherente con estos fines: evitar la falsa piedad (es una forma de paternalismo) y la utilización de la población como "mano de obra" por los técnicos. 12. Los profesionales cuentan con los recursos de conocimiento técnicos y la población con la experiencia cotidiana en salud/ enfermedad/intervención: y un proceso conjunto obtendrán los mejores frutos. 13. ¡Esto es lo mas importante! 14. No tienen porqué participar en la elaboración previa, pero sí participar con grupo de control que evalúe y aporte sugerencias antes de hacer el folleto definitivo. 15. Dependerá del lugar desde el que se proponga el folleto. 16. Un consejo de Salud, tendrá que contar con los destinatarios desde el inicio. La necesidad parte de ellos. 17. Un mensaje institucional requerirá la participación de los destinatarios para verificar la comprensión del mensaje. 18. Un folleto "de venta" de un servicio, requerirá la experiencia del Técnico y del experto en comunicación. 19. Un modo de participación serían los Grupos de Discusión. Orientarían a los técnicos sobre aspectos relevantes y estratégicos respecto a los contenidos y al diseño.

Taula 3. 41 recomanacions de Barrio et al per al disseny de materials d'educació per a la Salut

L'any 2008 Mayor Serrano escriu el llibre **“Cómo elaborar folletos de salud destinados a pacientes”** (10) en el què a partir d'un estudi realitzat amb 267 fulletons presenta un conjunt de recomanacions sobre el disseny, el contingut, els aspectes lingüístics i els elements no verbals:

- Disseny: els fulletons han de tenir un bon disseny perquè causin un efecte visual que dongui plaer de llegir i condueixi el pacient a entendre'l.
  - Tamany i tipus de lletra: el tamany mínim recomanat ha de ser de 12 punts si bé es preferible de 14p sobretot si va dirigit a persones grans. El millor tipus de lletra són Arial, *frutiger roman* o *garamound*. La negreta, cursiva i subratllat s'han de reservar per a destacar temes importants i les majúscules només s'haurien d'utilitzar en títols o missatges importants.
  - Estructura: tot i que hi ha molta diversitat i flexibilitat es proposa que contingui índex, introducció, cos, resum o conclusió, informació addicional i glossari.
  - Color: evitar fondos foscos que dificulten la lectura i utilitzar preferiblement el fons blanc amb lletra negra. Evitar també imatges d'aigua que ocupin tot el fons.
  - Altres: utilitzar un interlineat suficient, justificar els paràgraf a l'esquerra i deixar lliure la dreta, deixar uns marges amples, utilitzar punts i apart freqüentment i no fer paràgrafs excessivament llargs que són més difícils de llegir.
- Contingut: cal que inclogui l'objectiu del tríptic i a qui va dirigit, la malaltia o intervenció que tracta, com i quan s'origina i la causa, símptomes que produeix, diagnòstic, tractaments possibles, efectes secundaris i possibles riscos, aspectes emocionals de la malaltia i amb qui contactar en cas de dubtes. És important que incloguin la data d'edició per aportar informació sobre l'actualització dels continguts.
- Aspectes lingüístics: utilitzar pronoms personals com tu i vostè poden implicar al lector i són millor que dir els pacients, cal que les frases siguin curtes (entre 14 i 20 paraules) i separades per punts, evitant el punt i coma. Es fa menció també a la correcció ortogràfica i la correcta utilització dels signes de puntuació. Quan a la terminologia mèdica és important que aparegui per la guia o material té la funció d'educar al pacient, no obstant, és important que aparegui definit el primer cop que s'utilitza.
- Elements no verbals: les il·lustracions s'han de convertir en una eina indispensable perquè els materials educatius compleixin la funció per a la que són dissenyats, no obstant no s'han d'utilitzar imatges buides de contingut sinó aquelles que permetin explicar conceptes complexos, augmentar la comprensió d'una intervenció, ajuden a recordar informació verbal i contribueixen a segmentar el text. És important que s'incloguin en les imatges els noms dels conceptes o que aparegui una llegenda.

Un grup especial de recomanacions són les que fan els manuals de directrius i recomanacions per al **disseny de guies de pràctica clínica** (GPC). Tot i que una guia de pràctica clínica i una guia d'EpS no són el mateix resulta d'interès analitzar-ne alguns elements en comú:

Les “**Directrius de la Societat Espanyola de Farmacèutics en Atenció Primària**” (SEFAP) (15) posen de manifest la manca d'evidència en la recomanació que fan la majoria de guies, i per posar-hi solució parla del concepte de “judici raonat” en què les recomanacions que fan els experts de les GPC estan recolzades per raonaments que inclouen la quantitat, qualitat i consistència de l'evidència en què es basen, la possibilitat de generalització dels resultats dels estudis, l'aplicabilitat a la població a la que va dirigida i l'impacte clínic que pot tenir.

Formulario de juicio razonado	
Pregunta clave:	Referencia de la tabla de evidencia:
<b>1. Volumen de la evidencia</b> <i>Comente aquí cualquier aspecto relativo a la cantidad de evidencia disponible sobre este tema y su calidad metodológica.</i>	
<b>2. Aplicabilidad</b> <i>Comente aquí hasta qué punto la evidencia es directamente aplicable al NHS en Escocia.</i>	
<b>3. Posibilidad de generalización</b> <i>Comente aquí hasta qué punto a partir de los resultados de los estudios utilizados es razonable generalizarla como evidencia a la población diana de esta guía.</i>	
<b>4. Consistencia</b> <i>Comente aquí cuál es el grado de consistencia demostrado por la evidencia disponible. Cuando existan resultados conflictivos, indique de qué forma el grupo emitió un juicio sobre la dirección general de la evidencia.</i>	
<b>5. Impacto clínico</b> <i>Comente aquí el impacto clínico que podría tener la intervención en cuestión —p. ej., tamaño de la población de pacientes, magnitud del efecto, beneficio relativo sobre otras opciones, implicaciones en términos de recursos, balance entre el riesgo y el beneficio—. </i>	
<b>6. Otros factores</b> <i>Indique aquí cualquier otro factor que usted haya tenido en cuenta al evaluar la base de evidencia.</i>	
<b>7. Declaración de evidencia</b> <i>Exponga la síntesis de la evidencia efectuada por el equipo en relación con esta pregunta clave, tomando en consideración todos los factores precedentes, e indique el nivel de evidencia que le corresponde.</i>	Nivel de evidencia
<b>8. Recomendación</b> <i>¿Qué recomendación/es extrae el grupo de autores de la guía a partir de esta evidencia? Por favor, indique el grado de la/s recomendación/es y cualquier opinión discordante dentro del equipo. Grado de la recomendación</i>	Grado de recomendación

Figura 2. Taula de judici raonat de la Societat Espanyola de Farmacèutics en Atenció Primària

Les “**Directrius per elaborar les guies de pràctica clínica en atenció primària de l’Institut Català de la Salut**” (2) per la seva banda aposta perquè en l’elaboració de les GPC hi participin equips multidisciplinars (metges de família, infermeres d’atenció primària, farmacèutics, facultatius d’altres especialitats, farmacòlegs clínics, epidemiòlegs i experts en ètica). Proposa també que aquest grup estigui format entre 6 i 20 persones i que la selecció sigui amb col·laboració amb les societats científiques implicades. També es parla sobre la participació de pacients i l’avaluació a través de check-list.

Aquest document presenta una classificació interessant sobre el nivell d’evidència científica que cal utilitzar en les GPC i també classifica el grau de les recomanacions que s’hi fan:

Nivel	La evidencia científica proviene de:
1++	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos controlados aleatorios (ACC) o de ACC con un riesgo muy bajo de tener sesgos, de gran calidad.
1+	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos controlados aleatorios (ACC) o de ACC con un bajo riesgo de tener sesgos, bien realizados.
1-	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos controlados aleatorios (ACC) o de ACC con un alto riesgo de tener sesgos.
2++	Revisiones sistemáticas de gran calidad de estudios de cohortes o casos y control, estudios de cohortes o casos y control de gran calidad con riesgo muy bajo de tener sesgos por factores de confusión o azar y con altas probabilidades que la relación sea causal.
2+	Estudios de cohortes o casos y control bien realizados con bajo riesgo de tener sesgos por factores de confusión o azar y con moderadas probabilidades que la relación sea causal.
2-	Estudios de cohortes o casos y controles con alto riesgo de tener sesgos por factores de confusión o azar y un riesgo significativo que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos (estudios descriptivos no experimentales bien diseñados, series de casos...)
4	Opiniones de expertos.

Taula 4. Classificació dels nivells d’evidència científica segons les Directrius per elaborar les guies de pràctica clínica en atenció primària de l’Institut Català de la Salut

Grado	Recomendación
A	Requiere al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico controlado aleatorio clasificado como 1++ que sea aplicable a la población diana o una revisión sistemática de ACC o una evidencia basada en estudios clasificados como 1+, aplicables a la población diana que muestren una consistencia global en los resultados.
B	Requiere disponer de estudios clasificados como 2++ aplicables a la población diana que muestren una consistencia global en los resultados o extrapolaciones de la evidencia de estudios clasificados como 1++ o 1+.
C	Requiere disponer de evidencia obtenida de estudios clasificados como 2+ aplicables a la población diana que muestren una consistencia global en los resultados o evidencia extrapolada de estudios clasificados como 2++.
D	Nivel de evidencia 3 o 4 o evidencia extrapolada de estudios clasificados como 2+.

Taula 5. Classificació del grau de recomanació segons les Directrius per elaborar les guies de pràctica clínica en atenció primària de l’Institut Català de la Salut



López Gómez et al l'any 2007 (16) publiquen el document sobre **“Metodologia per a l'elaboració de guies d'atenció i protocols”** en la què evidencien que per al disseny de GPC és necessària la creació d'un grup conductor que revisi i analitzi la bibliografia, dissenyi el procés d'atenció, desenvolupi l'esborrany de la guia i el presenti a diferents organitzacions, pacients i experts per a ser validada. Com a tret diferencial d'altres manuals indica que és necessari la realització d'un anàlisi DAFO (debilitats, amenaces, fortaleces i oportunitats), l'establiment d'uns indicadors, temps i responsabilitats en la implementació i que cal realitzar un procés d'avaluació i seguiment. Entre les recomanacions sobre el disseny aposta per incloure un apartat de glossari de termes i abreviatures utilitzades a la guia.

Si ens fixem en altres disciplines, una de les que també ha treballat l'aspecte dels fulletons encarat a les vendes és el màrqueting. Podem trobar guies de bones pràctiques i consells o recomanacions en el **mercat dels fulletons de negocis** força recents, és el cas per exemple dels **“10 consells de mercat de Scott Christ”** o les recomanacions de JM Schoffer.

En aquest casos destaquen que els fulletons són eines de màrqueting que tenen les companyies per a comunicar informació sobre els seus negocis i que es poden utilitzar de moltes maneres. En destaquen alguns elements com ara que el titular és el que fa que el nostre fulletó viu o mort, que ha de persuadir, impactar i motivar per seguir llegint, hem de buscar que el titular inclogui el benefici que el client tindrà en llegir-lo i finalment parla de la inversió econòmica que suposa imprimir fulletons i la importància de que tinguin èxit, com a rentabilitat.

Després d'aquest anàlisi exhaustiu per diferents models arribem a la conjectura que plantejàvem al principi i és que no existeix base científica demostrada en la majoria d'aquestes recomanacions. A més si entrem al detall podem observar com la majoria tenen la mateixa base i es van repetint.

Tot i que cada autor va introduint algun element nou o peculiaritat veiem que el que ja anunciaven als anys 50 segueix vigent en l'actualitat, i tot i així se segueixen imprimint una quantitat important de fulletons per part de grups i administracions que no compleixen els estàndards mínims de qualitat.

### 2.2.3. Validació de materials

La **“Guia metodològica sobre validació de materials”** del Grup de Nacions Unides per la Infància i UNICEF (17) posa èmfasi en què l'objectiu de la creació de materials educatius i comunicatius ha de ser transmetre als pacients missatges que donguin lloc a canvis d'actitud.

En aquesta guia es defineix el procés de validació com una prova que es fa a través de l'ús de metodologies qualitatives d'investigació i que permet conèixer el perquè d'un pensament, actitud o conducta, i destaca que les metodologies més utilitzades són les entrevistes en profunditat o els grups focals.



Figura 3. UNICEF. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia.  
Guía metodológica y vídeo de validación de materiales IEC. Perú: 2003

Es diferencia entre dos tipus de validació complementaris: (16)

- Validació tècnica: consisteix en què un o més especialistes revisen, comenten i aproven el contingut dels missatges que es difondran a través del material educatiu de la intervenció. Aquesta validació és prèvia a la de població.
- Validació amb població: consisteix en comprovar, en un grup representatiu del públic objectiu, si el contingut i la forma del nostre material funciona. El grup de persones ha de tenir unes característiques (edat, sexe, institució de procedència, nivell socioeconòmic i estil de vida) similar al del grup de població sobre el que dirigirem el nostre missatge.



La validació ha de tenir en compte tant els aspectes formals com de contingut: (16)

- En els materials impresos és important incloure en la guia de validació preguntes referides als **aspectes formals** com ara la distribució de l'espai, els recursos visuals utilitzats (estil, presentació de les il·lustracions, quadres, gràfics, color, tipografia i estil gràfic), disseny, colors interiors i la portada.
- Pel que fa als temes de **contingut** cal indagar sobre les idees i conceptes que s'utilitzen i considerar els cinc components de l'eficàcia:
  - Atracció: cal indagar si el nostre material capta l'atenció del públic al que va dirigit.
  - Comprensió: el públic objectiu ha d'entendre el contingut i els missatges que es presenten.
  - Involucrament: el públic ha de sentir que el material que se l'hi ha presentat es per a ell, que se sentin identificats amb el missatge.
  - Acceptació: si el públic objectiu accepta les propostes i accions que conté el missatge i assegurar-nos que no hi ha cap contingut que pugui molestar al lector.
  - Inducció a l'acció: busquem comprovar si el canvi de comportament o actitud que proposem es identificat i possible d'aconseguir.

#### 2.2.4. Escales de validació del disseny de materials

Pel que fa a l'avaluació de la qualitat dels materials d'EpS, Bernier destaca que es poden trobar moltes guies i qüestionaris però que sovint no estan validats, a continuació es presenten dues escales per a dur a terme aquesta validació.

L'escala **BIDS “Berner Institucional Design Scale”** (18), proposada pel grup d'educació sanitària i Promoció de la Salut de la Societat Espanyola de Medicina Familiar i Comunitària és una de les poques escales validada com a eina per avaluar materials d'EpS.

Està formada per 35 ítems que l'avaluador ha de puntuar com 0 (no superat), 1 (parcialment superat), 2 (totalment superat) i NA (no aplicable); i que avalua la validesa del contingut, la fiabilitat interobservador i la test-retest. La puntuació màxima és de 70 punts i la mínima 0, tot i que no especifica línia de tall.

##### Instrucciones sobre los principios de diseño de BIDS: ESCALA DE PRINCIPIOS

1. El contraste entre la tinta y papel es suficiente para permitir una fácil lectura.
2. El tamaño de la letra permite a la población objetivo leer con facilidad.
3. El estilo de la redacción es de fácil lectura.
4. Los dibujos y /o ilustraciones son comprensibles por el grupo objetivo con o sin textos explicativos.
5. Los dibujos y /o ilustraciones están rotulados con claridad.

6. Los dibujos y /o ilustraciones son adecuadamente representativos de los grupos raciales y étnicos que componen la audiencia objetivo.
7. Los títulos y subtítulos son claros e informativos.
8. El vocabulario utilizado en el MEI refleja las palabras que usa habitualmente el grupo objetivo.
9. Se definen los términos sanitarios que aparecen en el texto.
10. Los términos se usan con un significado constante a lo largo de todo el MEI.
11. El estilo de redacción consigue involucrar activamente al lector y estimular su participación activa.
12. Se usa la voz activa. Ejemplo: la frase «muchas personas con colostomías consideran beneficioso ser miembro de un grupo de apoyo de ostomías», es mejor que la voz pasiva, «muchas personas con colostomías consideraban que se beneficiaban de un grupo de apoyo de ostomías»).
13. Se evita el uso de negaciones dobles (o negaciones múltiples).Ejemplo: la siguiente frase es confusa: «no hay razón por la que una persona con diabetes no deba hacer ejercicio cuando esta enferma».
14. Se explica claramente el propósito del MEI al grupo objetivo.
15. Se establece con claridad la importancia del contenido educativo para el grupo objetivo.
16. Los objetivos de aprendizaje establecidos o implícitos y los contenidos educativos del MEI se relacionan unos con otros.
17. Los objetivos de aprendizaje establecidos o implícitos están relacionados con el pretendido resultado establecido o implícito en el MEI.
18. Se presenta solamente la información esencial sobre el tema, usando no más de 3 ó 4 puntos principales.
19. El contenido es adecuado.
20. El contenido se presenta en términos concretos más que mediante ideas y conceptos abstractos.
21. El contenido está redactado con un estilo «centrado en el paciente».
22. El contenido se presenta relacionando e integrando la nueva información con la que ya conoce y comprende el grupo objetivo.
23. Se usan ejemplos para rellenar las lagunas entre lo que el grupo ya sabe y el nuevo contenido que se va a enseñar y aprender.
24. Los ejemplos usados contienen características centrales de las ideas y los conceptos tratados.
25. El contenido se presenta de forma que se respetan las costumbres y tradiciones del grupo objetivo.
26. La carga de información del material educativo es adecuada para el grupo objetivos (cuanto menos familiar sea la información, menor cantidad de la misma debe presentarse de una vez).
27. El contenido se centra tanto en lo que el grupo objetivo debe hacer como saber.
28. Las ideas principales del MEI están divididas en unidades de contenido significativas.
29. El material educativo va de contenidos simples a contenidos más complejos de forma organizada y lógica.
30. El contenido educativo es actual.
31. Se dan instrucciones específicas y precisas cuando se desea que el grupo objetivo realice algunas acciones sanitarias o de autoayuda.
32. Las ideas y puntos de contenido importantes se repiten como refuerzo a lo largo de todo el MEI.
33. Las frases siguen un orden lógico y tienen una estructura coherente para transmitir eficazmente la información en el MEI.
34. Se incluyen sumarios y/o resúmenes del contenido educativo que se está transmitiendo a lo largo de todo el MEI.
35. El MEI está redactado en un nivel de lectura adecuado para el grupo objetivo. (Los materiales destinados a la población general deben redactarse en un nivel de grado 6-8 (un grado de comprensión equivalente al que corresponde con niños que están cursando estudios comprendidos entre 1º y 3º de Educación Secundaria (11-13 años).

*Figura 4. Escala de Principis de la Berner Institucional Design Scale*

Una altra opció és l'escala d'avaluació integral **SAM "Suitability Assessment of Materials"** creada per Doak i recomanada pel *National Center for the Study of Adult Learning and Literacy* (NCSALL) dels Estats Units (19).

Aquesta eina consta de 22 factors distribuïts en 6 blocs: contingut, nivell lingüístic requerit, gràfics, clarietat de la presentació i la tipografia, estimulació de l'aprenentatge i motivació i adequació cultural. Cada factor es puntuja entre 0 i 2 o NA (igual que l'anterior). La puntuació màxima és de 44 punts. Es calcula el percentatge de punts dividint la puntuació obtinguda pel nombre d'ítems completats (restant els NA) i multiplicant per 100.

ESCALA SAM	
<p>1. CONTENIDO</p> <p>1.a. El objetivo es evidente</p> <p>1.b. Se incluyen las conductas a modificar</p> <p>1.c. El objetivo está bien delimitado</p> <p>1.d. Se incluye un resumen del contenido.</p> <p>2. NIVEL EDUCATIVO.</p> <p>2.a. Nivel de facilidad de lectura *</p> <p>2.b. Estilo de escritura, uso de la voz activa</p> <p>2.c. Uso de palabras comunes del vocabulario **</p> <p>2.d. Se ubica el contexto en primer lugar</p> <p>2.e. Ayudas al aprendizaje mediante señales.</p> <p>3. GRÁFICOS.</p> <p>3.a. El dibujo de la portada muestra los objetivos;</p> <p>3.b. Tipo de gráficos</p> <p>3.c. Relevancia de las ilustraciones</p> <p>3.d. Se explican las listas y tablas</p> <p>3.e. Los gráficos tienen subtítulos</p> <p>4. PRESENTACIÓN Y TIPOGRAFÍA.</p> <p>4.a. Presentación</p> <p>4.b. Tipografía ***</p> <p>4.c. Se usa el troceado de mensajes (<i>chunking</i>).</p> <p>5. ESTIMULACIÓN DEL APRENDIZAJE Y MOTIVACIÓN.</p> <p>5.a. Se usa la interacción</p> <p>5.b. Las conductas son modeladas y específicas</p> <p>5.c. Motivación:</p> <p>6. ADAPTACIÓN CULTURAL.</p> <p>6.a. Su lógica, experiencia y lenguaje están adaptadas a la cultura de los destinatarios</p> <p>6.b. Usa imágenes y ejemplos adaptados</p>	<p>* Factor de legibilidad (2a) es calcula amb el Gràfic de Fry i els estàndars de puntuació són de 2p per a 5è grau o menor (5 anys d'escolarització), 1p per a 6è, 7è i 8è Grau (6-8 anys escolarització) o 0p per a 9è grau o superior (9 o més anys d'escolarització). Punt de tall està en 8.</p> <p>** Factor vocabulari (2c): 2p quan s'utilitzen paraules comuns de forma habitual, els conceptes tècnics s'expliquen amb exemples i les paraules simbòliques són adequades al contingut; 1p quan s'utilitzen paraules comuns amb molta freqüència, a vegades es posen exemples per a les paraules tècniques i s'inclouen algunes expressions típiques del llenguatge professional; 0p quan s'utilitzen paraules poc comuns, no hi ha exemples i s'utilitza sovint llenguatge professional.</p> <p>*** Factor tipogràfic (4b): 2p quan el tipus de lletra es "serif", el tamany es d'almenys 12 punts, els efectes tipogràfics com negreta, cursiva o el color enfatitzen les parts importants i no s'escriuen títols i textos molt llargs amb majúscules; 1p almenys dos de les quatre condicions anteriors; 0p quan s'utilitza més de 6 tipus o tamanyos diferents de lletra a la mateixa pàgina o només es compleix una de les condicions anteriors.</p>

Figura 5. Escala Suitability Assessment of Materials

Si comparem els dos qüestionaris podem veure que la SAM és menys subjectiva donat que aporta estàndards per a que es puntuï d'una manera o una altra. La SAM també aporta una escala d'interpretació de les puntuacions obtingudes considerant que el material és de qualitat superior quan està en el 70 i 100%, acceptable entre el 40 i el 69% i no acceptable quan està entre 0 i 39%.

Autors com Cutilli, Wolf et al, Kaphingst, Hoffmann et al o Wallace et al consideren el SAM com una eina molt prometedora tot i que, igual que la BIDS, no estan validades a Espanya.

#### 2.2.5. Participació ciutadana en el disseny de materials

En l'informe del Comitè d'Experts de la OMS de “**Nous Mètodes d'Educació Sanitària en Atenció Primària de Salut**” (20) es diu que per a que les persones intervinguin i estiguin capacitades per a formular els seus propis objectius de salut, els agents de salut han de donar l'oportunitat a la població perquè aprengui a identificar i analitzar els problemes de salut i proposar objectius propis, així com prendre consciència de la importància de la comunicació per tal de fomentar la comprensió i el suport mutu.

Si els individus de la comunitat participen estaran més interessats en ajudar-se a si mateixes i estaran més compromesos a prendre les decisions necessàries per millorar la seva salut, i de retruc la de la comunitat. A més, cal tenir en compte que les persones són les responsables de la seva salut, els agents de salut poden ajudar a orientar a les persones en les millors solucions però no en poden assumir la responsabilitat directa del canvi. La participació es necessària en totes les fases del procés.

Podem prendre com a exemple de participació dels usuaris en la presa de decisions del sistema sanitari la *Scottish Association of Health Council* (Associació Escocesa de Consells de Salut) (21) en la què els pacients hi són representants i participen en totes les decisions que es prenen en l'àmbit dels consells sanitaris a Escòcia. Tant és així que el document d'orientació al pacient i implicació del públic editat pel govern de Sanitat d'aquest país a finals dels anys 90 posa de relleu l'interès nacional de la participació de les persones en el disseny i la prestació de serveis en el sistema nacional de salut.

Un altre bon exemple són l'*Institute of Medicine* dels Estats Units i la *Canadian Medical Association* (21) donat que recomanen que en el procés de desenvolupament de guies s'ha d'incloure la participació de representants de tots els grups clau i disciplines que afecta, això inclou professionals de tots els àmbits, representants de les institucions sanitàries i representants de les associacions de pacients. Els considerem un bon exemple perquè no només recomanen aquesta bona pràctica sinó que en són bons exemples i pioners de la seva implementació.

Virtanen et al, Entwistle & Watt, *Health Canada's Office of Consumer and Public Involvement and Best Medicines Coalitions* o la *NHS Quality Improvement Scotland* són altres de les iniciatives que cerquen la participació dels ciutadans en la presa de decisions sobre salut (11).

A Catalunya s'han fet esforços els darrers anys per tal d'incorporar autonomia en la presa de decisions dels pacients i també per implicar-los com l'experiència amb el pacient expert, tot i que encara cal seguir treballant per incorporar-los en la presa de decisions estratègiques i del dia a dia. Cal dir que des de l'any 2006 s'ha incorporat a la revisió de les GPC de l'ICS representants del Fòrum Espanyol de Pacients (<http://forodepacientes.org/>) i grups de pacients reals que avaluen la utilitat i comprensibilitat dels consells de salut.

En un estudi realitzat per Barrio (9) amb un grup de pacients mitjançant 24 entrevistes semi-estructurades a pacients de dos centres de Salut de Granada sobre la llegibilitat dels textos dirigits a pacients i els requisits que haurien de complir per a millorar-los, i les conclusions que se n'extreu són les següents:

- Escriure com es parla: frases curtes i directes, redactades amb estil col·loquial amb una estructura simple i fàcil d'entendre. Que els escriptors pensin en els destinataris perquè el text sigui més llegible. I si s'utilitzen paraules tècniques que s'expliquin abans.
- Interès pel tema: quan el tema interessa els fulletons s'entenen millor. Opinen que caldria parar aquest repartiment indiscriminat i abusi d'informació. Utilització d'expressions que ajudin a implicar al lector i atreure el seu interès establint un nexa.
- Estil directe: utilitzar frases curtes i aproximar el verb al subjecte. Destacar el missatge més important. No utilitzar introduccions molt llargues. Evitar varies accions en una mateixa oració. Evitar metàfores que no son necessàries.
- Ordenar les idees: recomanen no barrejar idees perquè a vegades es vol dir tanta cosa que t'acabes atabalant. No utilitzar massa sinònims perquè acaben confonent.
- Missatges afirmatius: utilitzar preferentment frases afirmatives donat que les prohibicions transmeten coacció i no donen ganes de seguir llegint.
- Imatges: utilitzar imatges per a conceptes difícils de descriure, però no utilitzar imatges buides de significat.
- Marges amples: no omplir tota la pàgina de text, deixar espais en blanc per anotar idees i evitar sobrecarregar de colors.
- Lletra gran i clara: recomanen un tamany de lletra d'almenys 12 o 13 punts i una bona separació entre paraules. Que es ressaltin les idees amb majúscules, però sol les paraules clau.

### 2.3. La Hipertensió arterial

#### 2.3.1. Què és la Hipertensió arterial?

La hipertensió arterial (HTA) és un dels principals factors de risc cardiovascular (FRCV), tant per l'elevada prevalença d'entre el 35 y 40% de la població segons les guies europees (21) com pel risc de complicacions.

El cost econòmic provocat per la HTA és segons Sáez (22) molt important: de promig un hipertens costaria el doble del que costaria un individu normotens i la falta de control incrementa un 13,05% el cost unitari.

El tractament de la HTA segons la guia europea del 2013 *ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC)* (21) es una combinació entre tractament farmacològic i tractament no farmacològic, principalment els canvis en l'estil de vida.

### 2.3.2. Anàlisi de les guies nacional e internacionals sobre hipertensió

S'ha dut a terme una revisió bibliogràfica de document nacionals e internacionals sobre hipertensió arterial de referència: guies, fulletons, manuals, etc. Alguns dels documents són genèrics, altres adreçats al col·lectiu d'infermeria i la resta adreçats a pacients i familiars.

#### *A. Documents dirigits a professionals de la salut*

La **“Guía de práctica clínica de la ESH/ESC per al tractament de la hipertensió arterial 2013”** (21) és el document de referència. És un document elaborat per un grup de treball en el què hi participen 25 experts de diferents països europeus. Aquesta guia de 91 pàgines conté recomanacions sobre la HTA amb 735 referències de revisions i estudis de referència. Parla sobre el diagnòstic, avaluació i tractament de la hipertensió i està dirigit a professionals de la salut. Daiichi-Sankyo ha fet una versió reduïda i molt visual de 49 pàgines.

La **“Guía de Intervención Educativa en el Paciente Hipertenso”** (23) elaborada per experts de la Unitat de Promoció i Educació per a la Salut de l'Hospital Clínic San Carlos de Madrid i avalada pel Ministeri de Sanitat i Consum és de l'any 2008. Aquest document de 14 pàgines conté informació sobre l'abordatge multidisciplinar, recomanacions per al pacient hipertens i el guió d'actuació. Prové del projecte “Intervención educativa en el paciente hipertenso con tratamiento farmacológico”.

La **“Guía rápida sobre el proceso asistencial integrado de riesgo cardiovascular”** (24) de la Conselleria de Salut de la Junta d'Andalusia parla de l'abordatge clínic, el procés assistencial integrat i les intervencions preventives. És una guia de 14 pàgines en la que no hi consta la data de publicació.

La **“Guía de práctica clínica sobre Hipertensión Arterial”** (25) del Hospital Osakidetza i el Govern del País Basc és una actualització del 2007 de 200 pàgines sobre valoració i tractament de la hipertensió. Inclou una versió reduïda de 138 pàgines. També aporta informació sobre la metodologia d'actualització de guies de pràctica clínica (GPC). Conté 229 referències bibliogràfiques.

La **“Guia de práctica clínica i material docent sobre Hipertensió Arterial”** (26) de l'Institut Català de Salut inclou informació sobre la prevenció, avaluació del pacient, tractament, seguiment i control i situacions especials. També inclou informació sobre el procés d'elaboració i difusió de guies de pràctica clínica (GPC). És una GPC de 44 pàgines que conté 90 cites bibliogràfiques.

**“Guide to management of hypertension 2008”** (27) és una guia de la Heart Foundation, Fundació de Salut Australiana, revisada al desembre de 2010 i que conté informació sobre la mesura, diagnòstic i avaluació de la hipertensió. També parla sobre el tractament i els factors de risc cardiovascular. És una guia de 38 pàgines molt esquemàtica i que incorpora taules descriptives i concretes sobre el tractament.

**“Hypertension: Clinical management of primary hypertension in adults” (28)** del National Institute for Health and Clinical Excellence, Societat Britànica d'Hipertensió, és una guia del 2011 de 127 pàgines que conté informació sobre els aspectes clau per a la implementació de la HTA, els cuidatges, el diagnòstic i la mesura i les intervencions relacionades amb l'estil de vida. Conté una versió reduïda de 15 pàgines.

#### *B. Documents dirigits a infermeria*

La **“Guía de intervención en hipertensión y riesgo cardiovascular para enfermería” (29)** de la Asociación Española de Enfermería de Hipertensión y riesgo cardiovascular (EHRICA) actualitzada al 2014 conté informació detallada en 180 pàgines sobre la metodologia de presa de pressió arterial (PA), seguiment del pacient, tractament no farmacològic i diagnòstics infermers de la HTA.

La guia **“Valoración y tratamiento del riesgo cardiovascular: guía clínica basada en la evidencia” (30)** de la Junta de Castilla y León és una guia de 412 pàgines publicada al 2008 que conté informació metodològica sobre el disseny molt interessant. Per al disseny de la guia utilitzen la consulta a avaluadors per parells i classifiquen les recomanacions segons el nivell d'evidència. També incorpora els plans de cuidatge per a infermeria. Hi van participar una vintena d'experts. Té una versió reduïda de 120 pàgines.

**“Nursing Management of Hypertension” (31)** de la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) és una guia de pràctica clínica revisada al 2009. Han participat en la seva revisió una 20a d'experts i conté 152 pàgines i més de 100 referències bibliogràfiques. Aporta informació sobre recomanacions, interpretació de la evidència, recomanacions educatives i gestió infermera de la hipertensió.

#### *C. Documents dirigits a pacients*

El **“Manual del paciente hipertenso: A, B, C de la Hipertensión, colesterol y diabetes”** del Dr. Guillermo Fábregues (32) és un llibre destinat a pacients amb un llenguatge molt entenedor i exemples pràctics. L'objectiu principal és donar informació sobre la malaltia i també fer participar al pacient en la prevenció i tractament d'aquesta. Conté en el text missatges que destaca i està redactat en forma de preguntes i respostes concretes. Conté un apartat sobre mites i creences populars sobre la HTA i acaba els apartats amb un quadre de recordatori de les coses importants. Aquest manual està avalat per la Societat Argentina de Cardiologia, la Societat Interamericana de Cardiologia i la Fundació de cardiologia Argentina. Conté 97 pàgines i no hi consta la data de publicació.

La **“Guía técnica para capacitar al paciente con hipertensión arterial” (33)** del Dr. Julio Frenk inclou informació sobre hipertensió com ara conceptes, evolució, tractament farmacològic i no farmacològic, en especial atenció a l'últim. També inclou un qüestionari d'avaluació per al pacient i un programa de marxa progressiva. És una guia de 37 pàgines dirigides a pacients.

La “**Guía de práctica clínica Hipertensión Arterial Primaria (HTA) para pacientes y familiares**” (34) elaborada pel Sistema General de Seguretat Social i Salut de Colòmbia del 2013 està avalada per l'Institut d'Avaluació de Tecnologia en Salut. És una guia de 15 pàgines sobre la hipertensió: concepte, prevenció, factors, diagnòstic i el tractament.

En relació a altres materials d'educació per a la salut sobre HTA podem destacar: el llibret “**Hipertensión arterial**” (35) de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona patrocinat per la Fundació AstraZeneca al 2007. És un llibretó de 59 pàgines dirigides als pacients perquè coneguin els aspectes generals, el tractament i la dieta, mitjançant exemples, missatges i dibuixos molt entenedors.

## 2.4. Activitat i exercici físic

### 2.4.1. Què és l'activitat i l'exercici físic?

La “Guia de prescripció d'exercici físic per a la Salut” (36) de la Generalitat de Catalunya defineix **activitat física** (AF) com a qualsevol moviment corporal, produït per la musculatura esquelètica, que té com a resultat una despesa energètica per sobre del metabolisme basal, i l'**exercici físic** (EF) com l'activitat física planificada, estructurada i repetitiva que té per objectiu la millora i manteniment d'un o més components de forma física.

La realització d'activitat física forma part de les mesures no farmacològiques del tractament de la hipertensió. Les recomanacions àmpliament consensuades (recomanació de classe I i nivell d'evidència A) inclouen la pràctica, almenys 5 dies a la setmana, d'exercici aeròbic (per exemple caminar de pressa), durant almenys 30 minuts (21,37). Els estudis PREVENCAT i PRESCAP associen el compliment d'aquestes recomanacions a un millor control de la HTA (38-39).

### 2.4.2. Anàlisi de les guies sobre activitat i exercici

#### A. Documents dirigits a professionals

La “**Guia de prescripció d'exercici físic per a la Salut**” (PEFS) (36) de la Generalitat de Catalunya és una guia de 182 pàgines en les que s'aporta informació molt completa sobre els conceptes d'activitat i exercici físic, la fitxa sanitària genèrica i per malalties que inclou la hipertensió (objectius de l'activitat, activitats recomanades, classificació de les activitats de resistència cardiorespiratòria, exemples, precaucions, capacitat física (força, resistència, velocitat, flexibilitat, coordinació, equilibri i agilitat), la taula de despesa energètica, els algorismes de prescripció d'exercici físic i la classificació ràpida d'activitat física (ClassAF). Té la versió reduïda en guia de butxaca de 32 pàgines.

La “**Guía para la Prescripción de Ejercicio Físico en Pacientes con Riesgo Cardiovascular**” (40) dels professors José Abellan, Pilar Saiz de Baranda i Enrique Ortín



és una guia de 278 pàgines en les que es parla sobre els aspectes generals de la prescripció d'exercici físic, les característiques de l'exercici (tipus, durada, intensitat, freqüència, volum i ritme de progressió) i dedica un bloc sencer a la prescripció de l'exercici físic amb pacients amb risc cardiovascular: hipertensió. També parla sobre la motivació i la prescripció d'exercici a la consulta. Aporta 265 referències bibliogràfiques. Conté una versió en forma de tríptic sobre la valoració del pacient, els signes d'alarma, dades de prescripció a recordar, càlcul de la despesa cardíaca.

#### *B. Documents dirigits a pacients sobre activitat i exercici*

Els fulletons de **Consells d'exercici** de la Fundació Esteve (41) es completa de 5 fulletons amb 5 missatges: L'exercici com a tractament, els estils de vida, la recepta d'exercici físic (temps, durada, intensitat i freqüència), la introducció d'activitats diàries i evitar complicacions. No conté la data de publicació.

El díptic **"Ejercicio físico y factores de riesgo cardiovascular"** elaborat per Dr. Miguel del Valle i Dr. Pedro Manonelles y patrocinat per la Federació Española de Medicina de l'Esport (42) conté informació sobre la evidència científica de la prevenció, les recomanacions al començar un programa d'activitat física i les recomanacions en la prescripció (tipus d'activitat, durada, freqüència i la intensitat). No conté la data de publicació.

#### *C. Altres articles o documents sobre activitat i exercici d'interès per a l'elaboració de la guia*

La **"Guia de uso de la escala de Autoeficacia para la Actividad Física"** (43) de la Conselleria de Salut de la Junta d'Andalusia és una guia de 80 pàgines en la que diversos experts aporten teoria i pràctica sobre com els professionals de salut han de recomanar als pacients la pràctica d'exercici: llenguatge, motius, acords, credibilitat, etc. Aporta 3 anàlisis de casos detallats i també una escala validada sobre la realització d'activitat.

L'article **"Barreras percibidas y Actividad Física: el autoinforme de barreras para la práctica de ejercicio físico"** (44) aporta informació d'interès sobre les barreres que els pacients poden percebre i que impedeixen la realització d'activitat física: imatge corporal, fatiga, manca de temps, instal·lacions, etc.

El document **"Intervenciones para la promoción de la actividad física"** (45) de la Cochrane Collaboration escrit pels professors Hillsdon, Foster i Thorogood es conforma de 50 pàgines en les que es fa una revisió sistemàtica amb 11 estudis i 3940 participants. Es conclou que les intervencions amb activitat física tenen un efecte moderat sobre l'activitat i l'estat cardiorespiratori autoinformat, però no per aconseguir un nivell predeterminat d'activitat física. Degut a l'heterogeneïtat clínica i estadística dels estudis, les conclusions sobre els components individuals de les intervencions son limitades.

### 3. Justificació

---

Per tal de duu a terme una intervenció per a millorar i mantenir el nivell d'activitat física en hipertensos es decideix validar els materials que s'utilitzaran en la intervenció de forma prèvia per aportar qualitat a l'estudi, en aquest cas la guia interactiva per a pacients.

Tot i que la tendència actual és caminar cap a l'eficiència i utilitzar evidència científica, en el camp de ciències de la salut encara preval la manca de cultura de la qualitat en determinats aspectes com pot ser el disseny i validació de materials dirigits a pacients, i en el cas que ens ocupa sobre les guies dirigides a pacients.

## 4. Objectius

---

### 4.1. Objectiu principal:

Dissenyar i validar una guia per a pacients per a duu a terme una intervenció infermera per a millorar i mantenir l'activitat física en hipertensos, mitjançant tècniques quanti-qualitatives.

### 4.2. Objectius secundaris:

1. Analitzar la bibliografia nacional i internacional de les recomanacions i validació del disseny de materials divulgatius dirigits a pacients.
2. Analitzar una mostra de documents escrits (guies i tríptics) disponibles en la literatura en relació a la hipertensió i l'exercici físic.
3. Dissenyar i validar la guia mitjançant la tècnica Delphi d'opinió d'experts.
4. Validar la guia amb l'opinió de pacients mitjançant entrevistes semiestructurades.
5. Utilitzar mètodes quantitius de validació: escala BIDS, escala SAM i Índex INFLESZ.

## 6. Disseny del projecte

### 6.1. Tipus d'estudi

Per al disseny de la guia s'han dut a terme dues tècniques de metodologia qualitativa com són la metodologia Delphi de cerca de consens amb experts teoritzat per Landeta (46) i les entrevistes semiestructurades amb pacients.

Les diferents lectures han permès a la investigadora profunditzar en investigació qualitativa i decidir el model a seguir en el disseny de l'estudi, en aquest cas el proposat per Rodríguez et al (47):

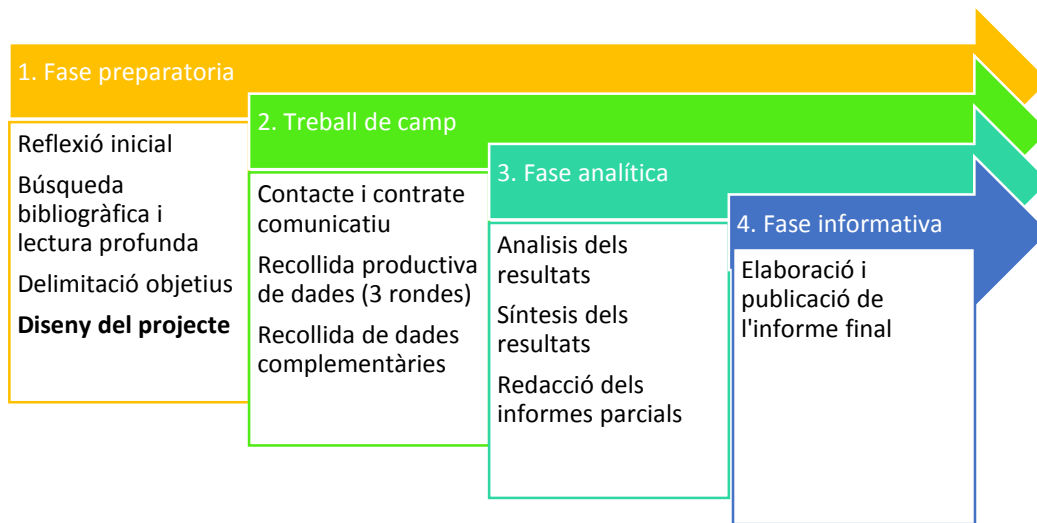


Figura 6. Model teòric de Rodríguez et al per al disseny de l'estudi

S'ha de tenir en compte que en aquest projecte les fases 2 i 3 del treball de camp i l'anàlisi, s'intercalen en les diferents rondes del mètode Delphi, generant així els informes parcials.

#### 6.1.1. La metodologia Delphi

La metodologia Delphi és una tècnica que va ser desenvolupada per la RAND Corporation als anys 50 per tal de facilitar l'acord entre experts, està dissenyada per harmonitzar opinions individuals i arribar a una decisió comuna. El **mètode Delphi** és segons Landeta una tècnica de previsió grupal que es nodreix del judici del grup d'experts (46).

Aquesta tècnica s'utilitza des dels anys 70 en els àmbits empresarials, consultories i l'àmbit acadèmic, per a la previsió d'esdeveniments en condicions dubtoses, i cada cop s'utilitza de forma més freqüent.

S'aposta per la utilització d'aquesta tècnica donat que és un mètode sistemàtic que ha resultat útil en la presa de decisions. En aquest cas l'utilitzarem per a decidir els continguts i el disseny de la Guia.

Cal dir que entre els seus avantatges alguns autors com Fink o Kosecoff et al en destaquen la gran capacitat d'integrar informació i punts de vista per arribar a acords, permet identificar matisos sensibles d'un tema i les tendències de les opinions més qualificades.

Mentre que s'ha de tenir en compte que en algunes ocasions en voler arribar al consens es pot perdre pel camí opinions discrepants, i cal fer una bona selecció del panell d'experts donat que la validesa dels resultats no es sustenta en la representativitat estadística sinó en l'opinió rellevant d'aquestes persones que s'han seleccionat. Per evitar que aquestes opinions minoritàries es perdin es poden recollir les discordances en forma de matisos i tornar-les a treure a discussió en el grup.

Les **característiques** de la tècnica definides per Dalkey són (47):

- Procés interactiu: els experts aporten la seva opinió en més d'una ocasió, a través de successives rondes que fan que les estimacions tendeixin a estabilitzar-se i convergeixin, donat que els experts poden anar reconsiderant i canviant la seva opinió gràcies a la nova informació.
- Manteniment de l'anonimat dels participants: implica que cap membre del grup ha de conèixer les respostes particulars que corresponen a la resta de participants, i que ni tan sols sap qui són la resta d'experts que participen. Aquesta característica té per objectiu evitar la confrontació i la possible influència d'algunes opinions dominants en els altres.
- Retroalimentació o feedback controlat: segon Dalkey diversos experiments han demostrat que els resultats del grup són superiors als resultats individuals, gràcies a la interacció entre ells. Per aquest motiu la tècnica Delphi promou la comunicació i feedback dels resultats i la nova informació sol·licitada a tots els participants previs a una nova ronda.
- Respostes estadístiques de grup: en els casos en que es requereix l'estimació numèrica del grup s'utilitza la mitjana (ordena totes les estimacions en ordre creixent, donat que evita que els valors extrems desvirtuin el resultat). El rang interquartílic de les estimacions serà l'indicador del nivell de consens o nivell de dispersió de les respostes. Aquesta tècnica garanteix que totes les opinions estiguin presents en la resposta del grup.

#### 6.1.2. Entrevista semi-estructurada

Aquesta tècnica permet aprofundir en l'opinió dels pacients sobre el contingut de la guia i això permetrà que sigui més llegible i motivant per als pacients que l'han d'utilitzar.

Limitacions de la tècnica:

- Els resultats no són quantitatius, sinó opinions i explicacions d'una realitat pròpia.
- No podem comparar les observacions en el temps si la situació cultural és diferent, tot i que sovint no es busca generalitzar sinó conèixer una situació.

- No és fàcil recollir totes les opinions diferents fins arribar a la saturació de respostes (tot i que siguin poques entrevistes)
- Cal treballar el concepte de confiança perquè els entrevistats parlin amb llibertat i respectar totes les opinions.

## 6.2. Participants

Per al disseny i validació de la guia s'ha comptat amb un grup assessor i un panell d'experts en fase Delphi i pacients per a les entrevistes semi-estructurades.

❖ **Grup assessor:** anomenat també per alguns autors grup coordinador. El grup coordinador ha d'estar format segons Landeta per un reduït equip d'especialistes coneixedors del tema d'estudi i la tècnica Delphi, per poder dur a terme una aplicació correcta de la tècnica. En aquest projecte el grup estarà format per **7 membres** i la investigadora. Els **perfils** dels membres assessors són:

- Infermer/a experta en investigació i docència en el camp dels factors de risc cardiovasculars (HTA), exercici físic i metodologia infermera.
- Infermer/a clínic expert en l'àmbit de les malalties cardiovasculars i nefrològiques.
- Llicenciat/a en activitat física i esport expert en educació de l'activitat física i programes de salut.
- Llicenciat/da en activitat física i esport i infermer/a expert en educació i promoció de la salut.
- Metge/essa especialista en medicina preventiva i salut pública, especialitzat en la metodologia de la investigació quantitativa.
- Metge/essa especialista expert en metodologia sobre qüestionaris, validació i creació de qüestionaris i models estadístics i no estadístics de pronòstic.
- Sociòleg expert en pedagogia i metodologia de la investigació qualitativa.

Les **funcions** del grup assessor són segons Pashiardis (48):

- Estudiar i aprovar el protocol de treball: criteris de selecció dels experts, calendari previst, mitjans humans i tècnics a utilitzar i disseny de l'informe final.
- Estudiar i aprovar la llista d'experts del panell.
- Confeccionar els qüestionaris i impulsar la participació dels experts
- Analitzar les respostes, preparar els qüestionaris de les rondes successives i facilitar el feedback.
- Interpretar els resultats
- Supervisar el correcte desenvolupament de la investigació i proposar i prendre mesures correctores, si és necessari.

### 6.2.1. Participants en el Panell d'experts Delphi

❖ **Panell d'experts:** el grup d'experts constitueix l'eix central del mètode, ja que sobre ells recau la responsabilitat d'emetre el judici, que de forma agregada, constituirà l'output de la tècnica.

- Criteris de selecció: Landeta considera que l'expert és aquell individu que la seva situació i recursos personals li possibilitin contribuir positivament a la consecució de la finalitat que l'ha motivat a participar. Els criteris a tenir en compte per a seleccionar-los seran: nivell de coneixements, capacitat predictora, grau d'afectació de les conseqüències de l'estudi, capacitat facilitadora, grau de motivació i altres com ara el cost, proximitat i consideracions organitzatives.

*Per tal de seleccionar als membres del panell d'experts s'ha seguit les recomanacions del Grup Assessor.*

- Número òptim de panelistes: Segons Norman i Darkley (49) (no hi ha forma de saber quin és el número òptim d'experts, tot i que indiquen que a partir de 7 l'error mig del grup disminueix considerablement per cada expert que s'incorpora. També indiquen no és aconsellable superar els 30 individus.
- Contacte amb els experts: independentment del mitjà de comunicació per al contacte és imprescindible enviar-los informació sobre diferents aspectes. Informació a comunicar: objectius de l'estudi, naturalesa de la metodologia utilitzada, tipologia dels candidats i criteris de selecció, número de qüestionaris a complimentar i temps estimat a destinar-hi, durada aproximada del procés, potencial ús de la informació rebuda i beneficis que aconseguiran amb la participació (informe final).
- Avaluació de la perícia dels experts: alguns autors plantegen que les opinions dels experts han de tenir consideracions diferents dins del grup, mentre que altres consideren que totes les opinions són equivalents en terme d'importància.

El nostre panell d'experts estarà format per **16 experts**, amb els qui es mantindrà contacte mitjançant el correu electrònic (i trucada telefònica si s'escau adient) i tenint en compte que totes les opinions seran considerades per igual independentment de l'expert.

Després de tenir en compte els criteris de selecció s'ha dissenyat el **perfil dels experts**:

- Infermer/a especialista en Hipertensió i membre de l'Associació Espanyola d'Infermeria d'Hipertensió i Risc Cardiovascular (EHRICA) (2 persones)

- Infermer/a del servei de nefrologia del Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida. (2 persones)
- Infermer/a de centres d'Atenció Primària de Lleida que tracten amb pacients hipertensos i que estiguin implicades amb l'Educació per a la Salut (EpS). (2 persones)
- Infermer/a especialitzat en l'àmbit dels cuidatges i experts en l'aplicació en el camp infermer de les tecnologies 2.0 (2 persones)
- Llicenciat/a en activitat física i esport, investigador/a en el camp de l'exercici físic. (2 persones)
- Metge especialista en hipertensió (1 persona)
- Pedagog/a expert en metodologies d'aprenentatge en l'àmbit universitari i de la gent gran (2 persones)
- Expert en disseny de materials d'innovació docent (1 persona)
- Pacient hipertens del món associatiu (que no sigui professional sanitari). (2 persones)

#### 6.2.2. Participants en les entrevistes semi-estructurades

- ❖ **Pacients:** la guia que es dissenya va encarada a 4 perfils de pacients segons el nivell d'activitat física que realitzen i la motivació que tenen per canviar:



Per aquest motiu, es duran a terme almenys 8 entrevistes dels 4 perfils de pacients de la intervenció. Criteris Inclusió: pacients entre 18 i 80 anys que acudeixen a la visita de la Unitat de Detecció i Tractament de Malaltia Ateroscleròtica (UDETMA) de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida (HUAV) entre gener i febrer de 2014 (*reclutament*). Criteris Exclusió: professionals de la salut.

Es durà a terme una entrevista de perfil de 5' de durada aproximada, en el què es recollirà la informació del pacient (nom i cognoms, edat, sexe, contacte i temps de diagnòstic de la hipertensió arterial) i també informació sobre l'activitat que realitza (si es considera actiu o sedentari, la quantificació de l'exercici físic setmanal i la motivació per realitzar activitat/exercici).

Amb aquesta informació s'estratificarà el pacient en un dels 4 grups citats anteriorment i si escau, s'entregarà una versió impresa de la guia (versió 2) i s'acordarà dia, hora i lloc per a l'entrevista semi-estructurada per recollir-ne la seva opinió.



### 6.3. Recollida d'informació

#### 6.3.1. Recollida de la informació amb els experts Delphi

A continuació es mostra l'esquema global plantejat per Landeta (46) que s'ha aplicat en aquest estudi.

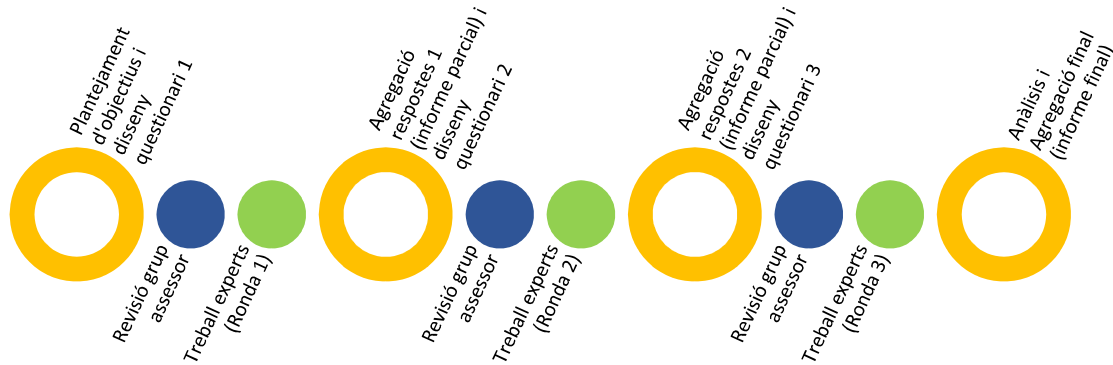


Figura 7. Adaptació de l'esquema global del procés Delphi de Soldevilla

Tindrem en compte algunes consideracions (46):

- **Formulació de les preguntes:** la forma en que es formulen les preguntes té repercussió sobre el resultat final. És important que siguin clares i concises, i que ens assegurem que s'entenen. És aconsellable començar amb preguntes obertes, però que permetin la interpretació i processament de les respostes. Segons Salancik et al (50) l'extensió idònia de les preguntes és de 25 paraules, aproximadament, i afirma que preguntes massa curtes o massa llargues repercuteixen negativament en les respostes.

En aquest estudi s'ha utilitzat la jerarquització (assignació de posicions ordenant de més a menys important) i la valoració (atorgant puntuacions d'una escala prèviament definida).

- **Integració de les opinions individuals:** les respostes rebudes dels experts individualment han de ser integrades en una estimació grupal, tant per retroalimentar-les en les fases intermèdies com per redactar l'informe final.

Per a les preguntes de jerarquització es calcula la mesura de tendència central (mitjana) per a les posicions de cada ítem en totes les respostes, reordenant-los en funció del valor obtingut, i en cas de que hi hagi mitjanes iguals es pot utilitzar la mitja o indicadors de dispersió de les respostes com la desviació típica. Per a les preguntes de valoració es calcula la mesura de tendència central dels valors assignats a cada ítem de totes les respostes, reordenant-los en funció dels valors mitjos obtinguts (51-52).

A través de 3 rondes mitjançant qüestionaris a través del correu electrònic amb preguntes obertes i tancades que recullen aspectes relacionats amb Atracció, Comprensió, Identificació, Acceptació i Inducció a l'acció (46).

*S'adjunten en els annexos els models de qüestionari de les rondes 1, 2 i 3.*

#### 6.3.2. Recollida de la informació amb les entrevistes a pacients

Quan a les **entrevistes**, s'ha fet a la UDETMA de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida (és un espai tranquil i de fàcil localització per als pacients), amb una durada de 15-30' i l'entrevistadora ha estat la investigadora amb la supervisora de l'estudi. Es disposava d'un guió semiestructurat i es s'han enregistrat en audio amb el consentiment dels pacients.

S'ha recollit la informació a través d'una entrevista de perfil de 5-10' per al reclutament dels pacients (explicat en l'apartat 4.2 participants) :

**HTA & AF**  
Grupo Hipertensión y Actividad Física

*Diseño y validación de una Guía interactiva para pacientes:  
Hipertensión y Actividad Física  
Entrevista a pacientes diálo*

**HOJA DE RECOGIDA DE DATOS DEL PACIENTE:**

**Diseño y validación de una Guía interactiva para pacientes: Hipertensión y Actividad Física.**  
(Eficacia de una intervención enfermera para mejorar y mantener la actividad física en hipertensos).

Nombre:		Apellidos:	
Edad:		Sexo:	
Teléfono:		Correo @:	
Tiempo de diagnóstico			

¿Cómo se define: activo o sedentario?	¿Si es activo desde cuando lo es?
--	-----------------------------------

Figura 8. Full de recollida de dades del pacient entrevistat

Per a dissenyar el guió de l'entrevista s'ha seguit la proposta de la Guia metodològica de les Nacions Unides (16):

#### **Atracció:** (Avalua presentació)

Què és el que més els crida l'atenció? Per què?

Què és el que menys els ha agradat? Per què?

Que opineu de les fotos que s'utilitzen?

Us agrada el disseny (color, tamany, tipus de lletra)?

#### **Comprensió:** (avalua contingut i nivell educatiu)

De què tracta la guia?

Quin és el missatge més important?

La guia és clara o confusa?

La guia és senzilla o complicada?

**Identificació:**

Creieu que la guia és adequada pels usuaris als que va destinada?

Les recomanacions i experiències són realistes per la vostra experiència?

**Acceptació:**

Hi ha alguna cosa de la guia que li resulti ofensiu o molest? Per què?

Creu que hi ha alguna cosa que podria ser rebutjada pels usuaris?

**Inducció a l'acció:** (avalua motivació)

Creieu que el missatge pot provocar un canvi en l'estil de vida dels usuaris de la guia? És útil la guia?

Creieu que hi ha alguna altra millora que es pugui fer (altres canvis)?

Destaqueu dos punts forts de la guia

Destaqueu dos punts dèbils de la guia

#### 6.4. Valoració de la validesa

Per a la valoració de la validesa (46) s'ha tingut en compte les debilitats del plantejament metodològic i se n'ha analitzat les estratègies per tal de minimitzar-les.

##### 6.4.1. Valoració de la validesa en el Delphi

Pel que fa a la **cerca de consens amb la tècnica Delphi** es podria arribar a un consens irreal per la influència d'algun dels experts i s'ha corregit a través de l'anonimat en les respostes i el feedback controlat de la investigadora a través del correu electrònic. Pel que fa a la dilatació en el temps de les 3 rondes s'ha reforçat els recordatoris dels terminis i s'ha fet un cronograma ajustat. I quan a la qualitat dels experts s'ha seguit les recomanacions del grup assessor (46,50-52).

##### 6.4.2. Valoració de la validesa en les entrevistes

Pel que fa a les **entrevistes** s'ha fet un reclutament superior al necessari per compensar les possibles pèrdues i s'ha reforçat l'explicació dels beneficis de la intervenció perquè els entrevistats veiessin la utilitat del que s'estava fent. Per evitar biaixos en el perfil de les entrevistes s'ha garantit la participació d'almenys 2 pacients de cadascun dels perfils que requereix l'estudi.

#### 6.5. Previsió de l'anàlisi

##### 6.5.1. Previsió de l'anàlisi de respostes dels experts del panell Delphi

Anàlisi de les respostes de les rondes amb el panell d'experts: Agregació per quartils de la informació (ronda 1 i 2), Taules de freqüència i histograma i Anàlisi estadístic (índex de validesa de contingut (IVC), índex de kappa modificat (ronda 2 i 3) i Valoració Escala Likert 1 a 4, essent rellevant 3 i 4 i significatiu  $p < 0,80$ ) (46,50-52).

Per a **finalitzar el procés** tindrem en compte alguns criteris (46):

- Criteris de finalització del procés: Investigadors com Rand afirmen que en la gran majoria d'ocasions les respostes dels panelistes convergeixen segons avança el procés (el rang interquartílic de la última ronda es menor que el de la primera) i que després d'algunes rondes s'arriba a un punt d'equilibri gairebé estàtic. En canvi, altres investigadors com Brockoff (30-31) posen de manifest que a partir d'un número determinat d'interaccions els resultats empitjoren. Per raons de temps, costos i precisió és necessari disposar de criteris que permetin determinar amb exactitud el número de rondes convenients.

Podem apostar per alguna d'aquestes tres opcions (46,50-52):

- Criteris de consens: quan les opinions presenten un grau acceptable de proximitat o grau interquartílic reduït. Aquest sistema pot presentar un risc real de pèrdua d'informació i consecució de falsos consensos forçats per la metodologia utilitzada.
- Criteris d'estabilitat: es considera que la distribució de les respostes és estable quan hi ha unanimitat o majoria; o bé bipolaritat, pluralitat o desacord, situacions en les quals s'ha de reformular les preguntes.
- Criteri prefixat del número de rondes: la pràctica més habitual és fixar amb antelació el número de rondes que es faran (sent el més habitual dos o tres rondes).

En aquest estudi s'utilitza l'últim criteri, i en aquest cas **prefixem en 3 el número de rondes** que es duran a terme, donat que són les òptimes en relació als recursos, el temps d'entrega de l'estudi i el compromís dels panelistes.

Quan a l'**anàlisi dels resultats**, Landeta afirma (46) que el resultat d'un estudi Delphi és més que la resposta estadística del grup. Els experts interpreten la realitat i es pronuncien sobre un problema o situació del futur.

Del procés conjunt d'orientació i facilitació de la informació per part del grup assessor i la interpretació successiva entre els experts mitjançant el feedback controlat, s'ha d'obtenir un resultat global, coproduït pel grup, que sigui superior a la suma de les aportacions que individualment i sense interacció haguessin pogut fer els experts.

Com indicàvem anteriorment, al finalitzar cadascuna de les rondes es recull la informació rebuda, calculant la tendència central a través de la mitjana, mitja, desviació típica i rang interquartílic, i tant els resultats globals com la resposta individual són enviats per separat a cadascun dels panelistes perquè conegui la situació del grup i la seva respecte del grup.

Per a l'anàlisi global tindrem en compte la integració dels resultats de l'anàlisi quantitatiu i les informacions qualitatives obtingudes dels experts i de les percepcions dels investigadors. El resultat final ha de reflexar la posició dels experts en relació amb l'objecte d'estudi i les raons o causes que justifiquen la posició a la que s'ha arribat.

#### 6.5.2. Previsió de l'anàlisi de respostes de les entrevistes

Per a les entrevistes, categorització amb OPEN CODE 3,6. Informe conjunt de les opinions recollides (identificació de les entrevistes).

### 6.6. Aspectes ètics i legals

La intervenció per a millorar i mantenir el nivell d'activitat física en persones hipertenses ha estat aprovat pel Comitè d'ètica d'Investigació Clínica de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida. Aquest projecte en ser una validació prèvia dels materials per a l'esmentada intervenció compleix els criteris del CEIC.

Tot i això, s'ha dissenyat un full d'informació específic al pacient i un consentiment específics.



Logo HTA & AF: Grupo Hipertensión y Actividad Física

*Diseño y validación de una Guía interactiva para pacientes: Hipertensión y Actividad Física. Entrevista a pacientes diáma*

**Hoja de información al paciente**

**TÍTULO DEL ESTUDIO:**

Diseño y validación de una Guía interactiva para pacientes: Hipertensión y Actividad Física. (Eficacia de una intervención enfermera para mejorar y mantener la actividad física en hipertensos).

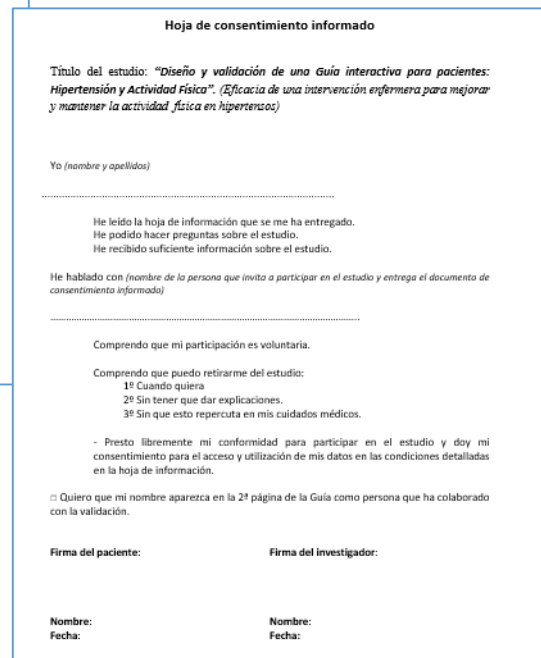
**INVESTIGADORES:**

Gemma Espigares Tribó, M Luisa Guitard Sein-Echaluce y JMª Gutiérrez  
Facultad de Enfermería, Universidad de Lleida  
973 70 24 64 / 615 109 386

**INTRODUCCION:**

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica correspondiente.

Figura 9. Full d'informació al pacient per a ser Entrevistat



**Hoja de consentimiento informado**

**Título del estudio:** "Diseño y validación de una Guía interactiva para pacientes: Hipertensión y Actividad Física". (Eficacia de una intervención enfermera para mejorar y mantener la actividad física en hipertensos)

Yo (nombre y apellidos)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.  
He podido hacer preguntas sobre el estudio.  
He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con (nombre de la persona que invita a participar en el estudio y entrega el documento de consentimiento informado)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:  
1º Cuando quiera  
2º Sin tener que dar explicaciones.  
3º Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

☐ Quiero que mi nombre aparezca en la 2ª página de la Guía como persona que ha colaborado con la validación.

**Firma del paciente:** **Firma del investigador:**

**Nombre:** **Nombre:**  
**Fecha:** **Fecha:**

Figura 10. Full de consentiment informat que ha de signar el pacient per a ser entrevistat

## 6.7. Cronograma

### CRONOGRAMA PREVIST PER A LA VALIDACIÓ DE LA GUIA (EXPERTS):

Mes	dl	dt	dc	dj	dv	ds	dg
Nov 2013	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17
	18	19	20	21	22	23	24
	25	26	27	28	29	30	
Des 2013							1
	2	3	4	5	6	7	8
	9	10	11	12	13	14	15
	16	17	18	19	20	21	22
	23	24	25	26	27	28	29
	30	31					
Gener 2014			1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10	11	12
	13	14	15	16	17	18	19
	20	21	22	23	24	25	26
	27	28	29	30	31		
Febrer 2014						1	2
	3	4	5	6	7	8	9
	10	11	12	13	14	15	16
	17	18	19	20	21	22	23
	24	25	26	27	28		
Març 2014						1	2
	3	4	5	6	7	8	9
	10	11	12	13	14	15	16
	17	18	19	20	21	22	23
	24	25	26	27	28	29	30
	31						
Abril 2014		1	2	3	4	5	6
	7	8	9	10	11	12	13
	14	15	16	17	18	19	20
	21	22	23	24	25	26	27
	28	29	30				
Maig 2014				1	2	3	4
	5	6	7	8	9	10	11
	12	13	14	15	16	17	18
	19	20	21	22	23	24	25

#### LLEGENDA:

**Nov.** Recerca bibliogràfica sobre Guies per a hipertensió i exercici físic.

**Desembre.** Seguir amb la cerca bibliogràfica. Inici de la cerca de guies i manuals de recomanacions sobre disseny i validació de materials per a pacients.

**17/12** Presentació dels objectius TFM a la tutora

**8/01** Revisió entrega parcial de la cerca bibliogràfica

**21/01** Revisió objectius i metodologia amb la tutora

**22/01** Enviament al grup assessor (GA) de la proposta de Disseny de l'estudi per a la seva valoració

**22 al 26/01** Opinió del GA a la proposta de disseny estudi

**27/01 a les 17h** Reunió presencial del GA disseny estudi definitiu

**28/01 al 1/02** Validació per part del GA de Guia v1 i dels instruments a utilitzar

**28/01** Reclutament dels experts i enviament de la informació

**2/02** Posada en comú de les recomanacions en la Guia v2

**3 al 13/02** 1a ronda mètode Delphi del panell d'experts (Rebuda de la documentació el dia 3F i retorn de les respostes màxim 13F)

**14 al 23/02** Revisió i agregació de les respostes pel GA (Guia v3)

**24/02 al 5/03** 2a ronda mètode Delphi del panell d'experts (Rebuda doc el 24F i retorn de les respostes màxim 5M)

**6 al 12/03** Revisió i agregació de la 2a ronda de respostes pel GA (Guia v4)

**13/03 al 19/03** 3a ronda mètode Delphi del panell d'experts (Rebuda doc el 13M i retorn de les respostes màxim 19M)

**20 al 30/03** Revisió i agregació de la 3a ronda de respostes pel GA (Guia v5)

**31/03 a les 17h** Reunió presencial del GA (Guia v6)

**1 al 6/04** Revisió de les propostes finals

**8/04** Edició de la versió definitiva de la Guia

# CRONOGRAMA PREVIST PER A LA VALIDACIÓ DE LA GUIA (ENTREVISTES A PACIENTS):

Mes	dl	dt	dc	dj	dv	ds	dg
Nov 2013	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17
	18	19	20	21	22	23	24
	25	26	27	28	29	30	
Des 2013							1
	2	3	4	5	6	7	8
	9	10	11	12	13	14	15
	16	17	18	19	20	21	22
	23	24	25	26	27	28	29
	30	31					
Gener 2014			1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10	11	12
	13	14	15	16	17	18	19
	20	21	22	23	24	25	26
	27	28	29	30	31		
Febrer 2014						1	2
	3	4	5	6	7	8	9
	10	11	12	13	14	15	16
	17	18	19	20	21	22	23
Març 2014	24	25	26	27	28		
						1	2
	3	4	5	6	7	8	9
	10	11	12	13	14	15	16
	17	18	19	20	21	22	23
Abril 2014	24	25	26	27	28	29	30
	31						
		1	2	3	4	5	6
	7	8	9	10	11	12	13
	14	15	16	17	18	19	20
Maig 2014	21	22	23	24	25	26	27
	28	29	30				
				1	2	3	4
	5	6	7	8	9	10	11
	12	13	14	15	16	17	18
	19	20	21	22	23	24	25
	26	27	28	29	30	31	

## LLEGGENDA:

**Nov.** Recerca bibliogràfica sobre Guies per a hipertensió i exercici físic.

**Desembre.** Seguir amb la cerca bibliogràfica. Inici de la cerca de guies i manuals de recomanacions sobre disseny i validació de materials per a pacients.

**17/12** Presentació dels objectius TFM a la tutora

**8/01** Revisió entrega parcial de la cerca bibliogràfica

**21/01** Revisió objectius i metodologia amb la tutora

**22/01** Enviament al grup assessor (GA) de la proposta de Disseny de l'estudi per a la seva valoració

**22 al 26/01** Opinió del GA a la proposta de disseny estudi

**27/01 a les 17h** Reunió presencial del GA disseny estudi definitiu

**28/01 al 1/02** Validació per part del GA de Guia v1 i dels instruments a utilitzar

**4 al 7/02** Reclutament dels pacients, entrega de la guia i del guió de preguntes per a l'entrevista

**2/02** Posada en comú de les recomanacions en la Guia v2

**3/02** Enviament ronda 1 Panell experts

**10 i 13/02** Realització de les Entrevistes amb els pacients

**13/02** Inici de la categorització de les entrevistes per incorporar informació si s'escau a la 2a ronda del Panell d'experts

**14 al 23/02** Revisió i agregació de les respostes pel GA (Guia v3)

**24/02** Enviament ronda 2 Panell experts

**25/02 i de 1 al 3/03** Categorització de les entrevistes restants per incorporar la informació a la darrera ronda del Panell d'experts

**6 al 12/03** Revisió i agregació pel GA de la 2a ronda de respostes i de la informació procedent de les entrevistes als pacients (Guia v4)

**13/03** Enviament ronda 3 Panell experts

**20 al 30/03** Revisió i agregació pel GA de la 3a ronda de respostes que inclou opinió dels pacients (Guia v5)

**31/03 a les 17h** Reunió presencial del GA (Guia v6)

**1 al 6/04** Revisió de les propostes finals

**8/04** Edició de la versió definitiva de la Guia



## 7. Resultats

Com ja s'ha comentat anteriorment, en aquest tipus d'estudi tenim resultats parcials (interpretació i agregació dels resultats de les rondes 1 i 2 del panell d'experts), que són enviats juntament amb el qüestionari pertinent en la següent ronda perquè els experts en coneguin la situació.

L'últim pas és la comunicació dels resultats a les persones implicades. S'ha de tenir en compte que el grup assessor és l'únic que té tota la informació, i per tant cal fer un **informe final clar**, organitzat i raonat que ha de ser enviat a les persones que han format part del panell d'experts.

Les parts que ha de contenir l'informe final segons Landeta són (46):

- Descripció de la situació que es planteja a l'estudi, objectius i motius de l'elecció de la metodologia Delphi.
- Especificació de dades tècniques als participants: composició del grup assessor, formació del panell d'experts (criteris de selecció, número d'experts contactats, número d'experts que han participat realment, procedència professional, edat, i baixes i reposicions si s'han produït).
- Evolució de les opinions a través de les diferents rondes (mitjanes, mitges, rangs interquartílics, desviacions típiques, gràfics,...) destacant els moviments més singulars.
- Resultats finals. Opinions majoritàries i el seu nivell de consens. Altres posicions significatives no majoritàries.
- Anàlisi de subgrups: contrastos estadístics i raonaments reals del comportament diferenciat.
- Escenaris o realitats negociades i compartides sobre les que s'han assentat els resultats i que proporcionen la perspectiva que possibilita una correcta interpretació dels mateixos.

En general, tota informació necessària per a interpretar en la seva globalitat el contingut de l'estudi, per a poder relacionar-lo amb la realitat particular del possible lector interessat, i facilitar la possible repetició sistemàtica dels resultats presentats.

### 7.1. Resum dels resultats del procés Delphi

*Pel que fa a l'estudi, ens els annexos es recullen els informes parcials i final realitzats i enviats als panelistes i grup assessor en les pertinents rondes. Aquests informes recullen tots els canvis proposats arrel de les entrevistes dutes a terme amb pacients de forma paral·lela a les rondes Delphi. A continuació se'n fa un extracte dels aspectes més importants.*

#### 7.1.1. Participació i perfil dels experts

Han participat 15 dels 16 panelistes contactats, donat que els perfils importants estaven doblats, la pèrdua no ha estat un problema. La mitjana d'edat dels experts ha estat de 49 anys (32-59), essent 10 dones i 5 homes. Els experts procedents de diferents disciplines (infermeria, medicina, pedagogia, ciències de l'activitat física i l'esport, màrqueting i disseny) tenen una experiència mitjana de 26 anys en els seus respectius camps d'especialització.

#### 7.1.2. Temps invertit en les revisions

El temps invertit pels experts en la revisió de les diferents rondes és el següent:

Ronda	Nº experts participants	Rang de temps invertit	Total minuts invertits	Mitjana temps invertit
Ronda 1	15 / 16	40'-3h	1389'	92,6'/expert
Ronda 2	14 / 16	30'- 2h 30'	858'	61,29'/expert
Ronda 3	15 / 16	20'- 2h 30'	830'	55'/expert
Total	14 o 15	20'- 2h 30'	3077'	69,63'/expert

Taula 6. Temps invertit pels experts en les revisions de la guia

#### 7.1.3. Evolució de les opinions dels experts:

A continuació es presenta un breu resum de les opinions en les diferents rondes:

##### Ronda 1 y entrevistes a pacients:

- **Atracció:** experts i pacients coincideixen en què es una guia molt visual (P02, comprensible i esquemàtica (E02). Se'n destaca el caràcter pràctic (E07 y P03). Consens en relació al tamany de la lletra i la necessitat d'incorporar imatges. Hi ha discrepància en relació al tamany, extensió i color de la guia, qüestions que es plantegen per a la següent ronda.
- **Comprensió:** es proposen canvis concrets en el contingut, especialment relacionats amb el vocabulari mèdic i les sigles.
- **Identificació:** es proposen canvis concrets en el disseny, especialment enfocats a millorar la motivació i els perfils als qui va destinada la guia.
- **Acceptació:** consens en què la guia ha d'anar acompanyada d'una intervenció per tal de ser efectiva.
- **Inducció a l'acció:** és una guia didàctica i participativa (E03, E04, P02, P03 y P06). Es detecta la necessitat d'incloure cites bibliogràfiques i també incidir sobre els beneficis i canvis en l'estil de vida, qüestions que es plantegen per a la següent ronda.

Es destaquen alguns **punts forts**: idees clau, utilitat informativa, atracció, esquemàtica, inclusió de recursos i iniciatives, autoavaluació i registre personal. Els **aspectes de millora**: color, extensió, tamany de la guia, incorporació d'imatges, revisió de les sigles i adequació del llenguatge (modificació de tecnicisme i afegir definicions) i afegir informació sobre la intervenció i les cites bibliogràfiques.

## Ronda 2:

- **Tamany:** 9 dels 14 experts (64,29%) es decanten pel tamany quartilla. Es verifiquen les dues opcions amb experts del Servei de Publicacions de la Universitat de Lleida (UdL) i el consell assessor i s'aposta per la quartilla.
- **Extensió:** 6 dels 14 experts (42,86%) aposten per mantenir el número de pàgines i el contingut, 6 més (42,86%) aposten per disminuir el número de pàgines i contingut, i els 2 restants (14,29%) opinen que s'ha d'augmentar. Es decideix reduir el número de pàgines de registre personal (unificació), mantenint els continguts.
- **Color:** 8 dels 14 experts (57%) es decanten pel color taronja, color definitiu. Un dels experts proposa que s'utilitzin colors diferents per als diferents apartats i es planteja per a la següent ronda.
- **Vocabulari:** tots els experts coincideixen en els canvis proposats. El 70% està totalment d'acord en què apareguin la definició d'alguns conceptes i exemples.
- **Registres:** gran part dels experts (70%) considera que s'ha d'incloure una pàgina explicativa de la intervenció al principi dels registres.
- **Bibliografia:** el 93% dels experts considera que s'han d'incloure els recursos utilitzats i recomanats al final de la guia. Únicament 1 dels experts recomana que es posin cites bibliogràfiques científiques, es descarta havent-ho consultat amb els consell assessor i els pacients.

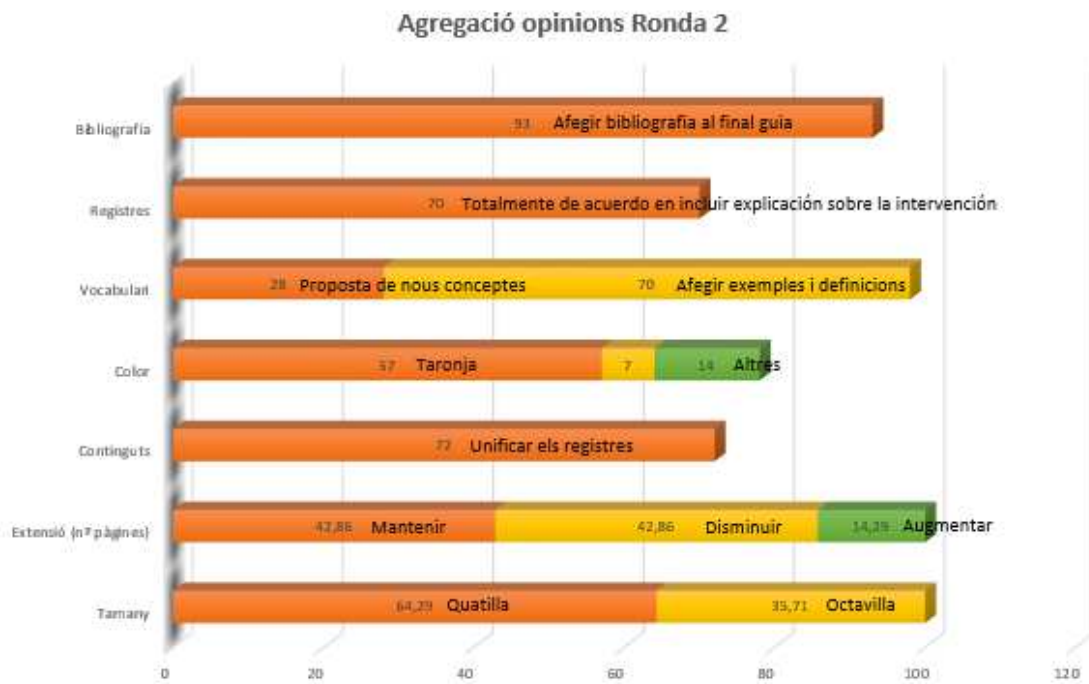


Figura 11. Esquema de la agregación de las respuestas de la 2ª ronda del Delphi

### Ronda 3:

La taula recull les puntuacions mitjançant l'escala Likert de 4 punts:

Concepte	Característiques del concepte	Puntuacions				
		1	2	3	4	T
<b>Atracció</b>	Color, lletra, imatges i tamany	0	2	1	<b>12</b>	15
<b>Comprensió</b>	La guia es comprensible	0	0	3	<b>12</b>	15
<b>Identificació</b>	Els pacients s'identifiquen amb ella	0	0	5	<b>10</b>	15
<b>Acceptació</b>	Alguna cosa pot ser rebutjada	0	0	6	<b>9</b>	15
<b>Inducció a l'acció</b>	Canvis en l'estil de vida	0	1	6	<b>7</b>	14
<b>Total</b>		0	3	21	50	74

Taula 7. Puntuacions obtingudes en la ronda 3 dels diferents conceptes

La **mesura de tendència central** en les respostes sempre és 4 (molt satisfactori), i en cap dels casos 1 (molt descontent). Es corregeixen aspectes puntuals relacionats amb els canvis en l'estil de vida i l'acceptació de la guia, que són els aspectes que obtenen puntuacions més baixes. En relació amb els recursos utilitzats, els experts recomanen la revisió de les guies europees i algunes webs que són incorporades a la guia.

El **rang interquartílic** de la ronda final (68%) és menor que en les inicials (12-49%), donat que van convergint les opinions. En la ronda 3 s'arriba a un punt d'equilibri gairebé estàtic (els experts coincideixen en el 96% dels casos en puntuacions de 3 i 4).

La versió definitiva de la guia (versió 14) ha estat el resultat de l'anàlisi de la 3ª ronda. Hi ha hagut 8 conceptes que han obtingut una valoració excel·lent i han estat inclosos de forma directa a la guia, mentre que els pitjors valorats han estat revisats amb els comentaris dels experts i incorporats a la guia després dels canvis oportuns.

La mitja de l'Índex Kappa corregit és de  $K=0,926$ , l'Índex de Validesa de Continguts  $IVC=0,924$  i l'índex de probabilitat d'acord per atzar  $Pa=0,002$ . Els resultats es detallen a la taula:

Indicador		Rellevància	IVC	Pa	K	Valoració	Decisió
<b>Atracció</b>	Color guia	13/15	0,87	0,003	0,869	Excel·lent	Revisat
	Tamany guia	13/15	0,87	0,003	0,869	Excel·lent	Revisat
	Tamany lletra	13/15	0,87	0,003	0,869	Excel·lent	Revisat
	Imatges	13/15	0,87	0,003	0,869	Excel·lent	Revisat
<b>La guia es comprensible</b>		15/15	1,00	0,000	1,000	Excel·lent	Inclòs
<b>Els pacients s'identifiquen</b>		15/15	1,00	0,000	1,000	Excel·lent	Inclòs
<b>Alguna cosa pot ser rebutjada</b>		15/15	1,00	0,000	1,000	Excel·lent	Inclòs
<b>Canvis en l'estil de vida</b>		13/14	0,93	0,001	0,929	Excel·lent	Inclòs
<b>T</b>			0,924	0,002	0,926	-	-

Taula 8. Puntuacions obtingudes en la ronda 3 dels diferents conceptes, valoració i decisió adoptada

Finalment, la investigadora principal amb l'assessorament del Servei d'Edicions i Publicacions de la UdL ha millorat aspectes relacionats amb la qualitat de les imatges (300 ppi), s'han comprovat les llicències i propietat intel·lectual de les imatges (etiquetes per a la reutilització no comercial), s'han afegit els sangrats i marges necessaris (3mm i 1,5 cm per costat), s'ha adquirit el dipòsit legal i s'ha comprat l'ISBN corresponent. La revisió ortogràfica final ha estat a càrrec del Servei d'Assessorament lingüístic de la UdL.

La guia ha estat avalada per l'Associació Espanyola d'Infermeria d'Hipertensió i Risc Cardiovascular (EHRICA) i el Pla de l'Activitat Física i l'Esport de la Generalitat de Catalunya que ha cedit les imatges de la piràmide de l'activitat física.

## 7.2. Avaluació de la qualitat de la guia

Tal i com s'indicava anteriorment, per fer l'avaluació de la qualitat dels materials d'EpS, utilitzarem 3 eines diferents:

- L'escala de Principis "*Berner Institucional Design Scale*" (18)
- L'escala SAM "*Suitability Assessment of Materials*" (19)
- I el programa informàtic INFLESZ (11,53)

### 7.2.1. L'escala de Principis *Berner Institucional Design Scale* (BIBS)

L'escala **BIDS** "*Berner Institucional Design Scale*" (18) proposada pel grup d'educació sanitària i Promoció de la Salut de la Societat Espanyola de Medicina Familiar i Comunitària és una de les poques escales validada com a eina per avaluar materials d'EpS.

Està formada per 35 ítems que l'avaluador ha de puntuar com 0 (no superat), 1 (parcialment superat), 2 (totalment superat) i NA (no aplicable); i que avalua la validesa del contingut, la fiabilitat interobservador i la test-retest.

Els indicadors que presenten puntuacions baixes en la **revisió inicial** són:

ESCALA DE PRINCIPIOS	Acció
1. El contraste entre la tinta y papel es suficiente para permitir una fácil lectura.	
2. El tamaño de la letra permite a la población objetivo leer con facilidad.	Es decideix que el tamany de la lletra sigui superior als 12p
3. El estilo de la redacción es de fácil lectura.	
4. Los dibujos y/o ilustraciones son comprensibles por el grupo objetivo con o sin textos explicativos.	La Generalitat autoritza l'ús de les imatges de la Piràmide d'Activitat Física que ja son conegudes
5. Los dibujos y/o ilustraciones están rotulados con claridad.	
6. Los dibujos y/o ilustraciones son adecuadamente representativos de los grupos raciales y étnicos que componen la audiencia objetivo.	Es té en compte les diferències d'edat, no així les diferències culturals
7. Los títulos y subtítulos son claros e informativos.	
8. El vocabulario utilizado en el MEI refleja las palabras que usa habitualmente el grupo objetivo.	Es revisen les paraules que generen dubtes amb els pacients
9. Se definen los términos sanitarios que aparecen en el texto.	

10. Los términos se usan con un significado constante a lo largo de todo el MEI	
11. El estilo de redacción consigue involucrar activamente al lector y estimular su participación activa	
12. Se usa la voz activa. Ejemplo: la frase «muchas personas con colostomías consideran beneficioso ser miembro de un grupo de apoyo de ostomías», es mejor que la voz pasiva, «muchas personas con colostomías consideraban que se beneficiaban de un grupo de apoyo de ostomías»)	
13. Se evita el uso de negaciones dobles (o negaciones múltiples).Ejemplo: la siguiente frase es confusa: «no hay razón por la que una persona con diabetes no deba hacer ejercicio cuando esta enferma»	
14. Se explica claramente el propósito del MEI al grupo objetivo	
15. Se establece con claridad la importancia del contenido educativo para el grupo objetivo	Redacció objectius (Pàg. 4 i 5) segons recomanació dels pedagogs
16. Los objetivos de aprendizaje establecidos o implícitos y los contenidos educativos del MEI se relacionan unos con otros	
17. Los objetivos de aprendizaje establecidos o implícitos están relacionados con el pretendido resultado establecido o implícito en el MEI	
18. Se presenta solamente la información esencial sobre el tema, usando no más de 3 ó 4 puntos principales	Es decideix que la guia ha de ser complerta tot i no contenir tota la informació possible.
19. El contenido es adecuado	
20. El contenido se presenta en términos concretos más que mediante ideas y conceptos abstractos	
21. El contenido está redactado con un estilo «centrado en el paciente»	
22. El contenido se presenta relacionando e integrando la nueva información con la que ya conoce y comprende el grupo objetivo	
23. Se usan ejemplos para rellenar las lagunas entre lo que el grupo ya sabe y el nuevo contenido que se va a enseñar y aprender	S'inclouen exemples que aporten una millora substancial segons els pacients.
24. Los ejemplos usados contienen características centrales de las ideas y los conceptos tratados	
25. El contenido se presenta de forma que se respetan las costumbres y tradiciones del grupo objetivo	
26. La carga de información del material educativo es adecuada para el grupo objetivos (cuanto menos familiar sea la información, menor cantidad de la misma debe presentarse de una vez)	
27. El contenido se centra tanto en lo que el grupo objetivo debe hacer como saber	
28. Las ideas principales del MEI están divididas en unidades de contenido significativas	
29. El material educativo va de contenidos simples a contenidos más complejos de forma organizada y lógica	S'inclouen continguts més fàcils i altres més difícils perquè es detecten nivells diferents
30. El contenido educativo es actual	
31. Se dan instrucciones específicas y precisas cuando se desea que el grupo objetivo realice algunas acciones sanitarias o de autoayuda	
32. Las ideas y puntos de contenido importantes se repiten como refuerzo a lo largo de todo el MEI	
33. Las frases siguen un orden lógico y tienen una estructura coherente para transmitir eficazmente la información en el MEI	
34. Se incluyen sumarios y/o resúmenes del contenido educativo que se está transmitiendo a lo largo de todo el MEI	S'inclou un resum al final dels apartats: Hipertensió (p.15) i exercici físic (p.30)
35. El MEI está redactado en un nivel de lectura adecuado para el grupo objetivo. (Los materiales destinados a la población general deben redactarse en un nivel de grado 6-8 (un grado de comprensión equivalente al que corresponde con niños que están cursando estudios comprendidos entre 1º y 3º de Educación Secundaria (11-13 años)	

Taula 9. Escala de principios Berner Institucional Design Scale completada amb la guia

Per a la **versió final** es presenta els resultats fruit de l'opinió de la investigadora, 3 infermeres que participaran en la intervenció i 2 pacients que han participat en la validació de la guia, els indicadors que no presenten la puntuació màxima són:

ESCALA DE PRINCIPIOS	Decisió adoptada
6.Los dibujos y /o ilustraciones son adecuadamente representativos de los grupos raciales y étnicos que componen la audiencia objetivo.	Es té en compte les diferències d'edat, no així les diferències culturals
18.Se presenta solamente la información esencial sobre el tema, usando no más de 3 ó 4 puntos principales	Es decideix que la guia ha de ser completa tot i no contenir tota la informació possible.
29.El material educativo va de contenidos simples a contenidos más complejos de forma organizada y lógica	S'inclouen continguts més fàcils i altres més difícils perquè es detecten nivells diferents

Taula 10. Principis de la Berner Institutional Design Scale amb puntuacions baixes a la versió final

La puntuació màxima és de 70 punts i la mínima 0, tot i que no especifica línia de tall. En la versió inicial la puntuació és de 61 punts que correspon al 87,14% de validesa; mentre que en la versió final s'obtenen 67 punts que correspon al 95,71% de validesa.

#### 7.2.2. L'escala *Suitability Assessment of Materials* (SAM)

L'escala d'avaluació integral **SAM** "***Suitability Assessment of Materials***" (19) va ser creada per Doak i recomanada pel *National Center for the Study of Adult Learning and Literacy* (NCSALL) dels Estats Units.

Aquesta eina consta de 22 factors distribuïts en 6 blocs: contingut, nivell lingüístic requerit, gràfics, clarietat de la presentació i la tipografia, estimulació de l'aprenentatge i motivació i adequació cultural. Cada factor es puntua entre 0 i 2 o NA (igual que l'anterior).

Els indicadors que presentaven aspectes de millora en la **primera edició de la guia** són:

	INDICADOR	ACCIÓ
CONTENIDO	1.a. El objetivo es evidente	
	1.b. Se incluyen las conductas a modificar	
	1.c. El objetivo está bien delimitado	Redacció objectius (Pàg. 4 i 5) segons recomanació dels pedagogs
	1.d. Se incluye un resumen del contenido.	S'inclou un resum al final dels apartats: Hipertensió (p.15) i exercici físic (p.30)
NIVEL EDUCATIVO	2.a. Nivel de facilidad de lectura *	S'adapta el nivell inicial a tots els públics
	2.b. Estilo de escritura, uso de la voz activa	
	2.c. Uso de palabras comunes del vocabulario **	Es revisen les paraules que generen dubtes amb els pacients
	2.d. Se ubica el contexto en primer lugar	
	2.e. Ayudas al aprendizaje mediante señales	
GRÁFICOS	3.a. El dibujo de la portada muestra los objetivos	Es decideix no posar cap imatge a la portada
	3.b. Tipo de gráficos	



	3.c. Relevancia de las ilustraciones	La Generalitat autoritza l'ús de les imatges de la Piràmide d'Activitat Física que ja son conegudes
	3.d. Se explican las listas y tablas	
	3.e. Los gráficos tienen subtítulos	
PRESENTACIÓN Y TIPOGRAFÍA	4.a. Presentación	Es busca assessorament per a la presentació al servei de publicacions i l'editor gràfic
	4.b. Tipografía ***	
	4.c. Se usa el troceado de mensajes ( <i>chunking</i> ).	Es revisa el text redactant frases més curtes
ESTIMULACIÓN DEL APRENDIZAJE Y MOTIVACIÓN	5.a. Se usa la interacción	
	5.b. Las conductas son modeladas y específicas	
	5.c. Motivación	Es dissenya un apartat d'intervenció i també missatges motivants (p.49)
ADAPTACIÓN CULTURAL	6.a. Su lógica, experiencia y lenguaje están adaptadas a la cultura de los destinatarios	No s'ha pogut entrevistar pacients d'altres cultures.
	6.b. Usa imágenes y ejemplos adaptados	

Taula 11. Escala Suitability Assessment of Materials (SAM) completada amb la guia

Per a la **versió final** es presenta els resultats fruit de l'opinió de la investigadora, 3 infermeres que participaran en la intervenció i 2 pacients que han participat en la validació de la guia, els indicadors que no presenten la puntuació màxima són:

INDICADOR		ACCIÓ
NIVEL EDUCATIVO	2.c. Uso de palabras comunes del vocabulario **	Sembla que encara queden alguns conceptes que podrien ser més "quotidians". S'acorda que les visites i els tallers serviran per tutoritzar el pacient i resoldre aquests dubtes.
GRÁFICOS	3.a. El dibujo de la portada muestra los objetivos	Es manté la decisió de no posar cap imatge a la portada
ADAPTACIÓN CULTURAL	6.a. Su lógica, experiencia y lenguaje están adaptadas a la cultura de los destinatarios	No s'ha pogut entrevistar pacients d'altres cultures. Sembla que aquesta població es poc representativa al servei.

Taula 12. Indicadors de la Suitability Assessment of Materials (SAM) amb puntuacions baixes a la versió final

La puntuació màxima de l'escala és de 44 punts. La puntuació inicial va ser de 34 punts, que correspon a una avaluació de la guia del 77,27% d'efectivitat; la puntuació de la versió final és de 41 punts, que correspon al 93,18% d'efectivitat.

L'indicador que presenta una puntuació més baixa és l'adaptació cultural, que tal i com hem explicat, és una població poc representativa en el servei on es fa l'estudi (només es va trobar un cas en els 5 dies de reclutament). A més cal dir que el fet de tenir dificultats de comprensió per seguir la intervenció es un factor d'exclusió, i per tant, aquests pacients no formarien part de l'estudi.

La SAM aporta una escala d'interpretació de les puntuacions obtingudes considerant que el material és de **qualitat superior** quan està en el 70 i 100%, acceptable entre el 40 i el 69% i no acceptable quan està entre 0 i 39%.

### 7.2.3. El programa informàtic INFLESZ

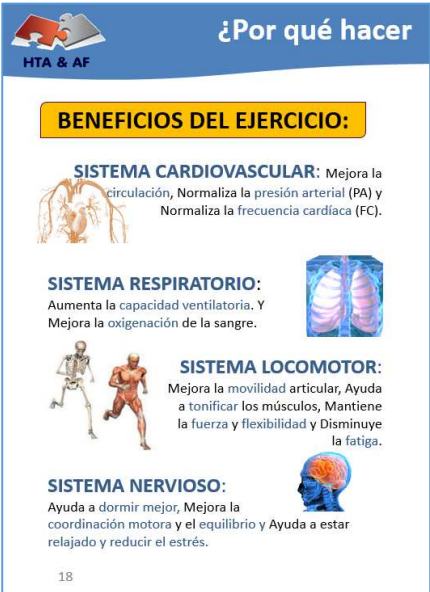
INFLESZ (11,53) és una programa de fàcil i eficaç utilització, programat amb llenguatge C++, sota entorns Windows 9x, NT/XP i el seu unix fitzer binari el INFELSZ.EXE. Pot analitzar tant arxius complets com fragments de text.

INFLESZ calcula 9 paràmetres útils per avaluar la llegibilitat d'un text escrit en castellà, i són: paraules síl·labes, frases, promig de síl·labes/paraules, promig de paraules/frase, índex Flesch-Szigriszt, grau en l'escala Inflesz, Correlació amb el word i Flesch-Fernández Huerta.

S'ha agafat cadascuna de les pàgines de la guia en les versions inicials (v2 després de la revisió del grup assessor, però abans de les primeres rondes dels experts i les entrevistes), i s'ha introduït al programa. Quan es detectava que alguna de les pàgines tenia una llegibilitat molt difícil o algo difícil s'introduïen en l'aplicatiu els canvis necessaris fins a obtenir una llegibilitat normal o fàcil.

Veiem un **exemple** amb l'apartat de beneficis que aporta la realització d'exercici físic:

- **Versió inicial:** es mostra la diapositiva i el corresponent informe



**¿Por qué hacer HTA & AF**

**BENEFICIOS DEL EJERCICIO:**

**SISTEMA CARDIOVASCULAR:** Mejora la circulación, Normaliza la presión arterial (PA) y Normaliza la frecuencia cardíaca (FC).

**SISTEMA RESPIRATORIO:** Aumenta la capacidad ventilatoria. Y Mejora la oxigenación de la sangre.

**SISTEMA LOCOMOTOR:** Mejora la movilidad articular, Ayuda a tonificar los músculos, Mantiene la fuerza y flexibilidad y Disminuye la fatiga.

**SISTEMA NERVIOSO:** Ayuda a dormir mejor, Mejora la coordinación motora y el equilibrio y Ayuda a estar relajado y reducir el estrés.

**Inflesz v1.0**  
**Informe de legibilidad**

Texto:

SISTEMA RESPIRATORIO: Aumenta la capacidad ventilatoria y Mejora la oxigenación de la sangre. SISTEMA LOCOMOTOR: Mejora la movilidad articular, ayuda a tonificar los músculos, mantiene la fuerza y flexibilidad y disminuye la fatiga.

Resultado:

Silabas	87
Palabras	33
Frases	7
Promedio silabas / palabra	2,64
Promedio palabras / frase	4,71
Índice Flesch-Szigriszt	37,58
Grado en la escala Inflesz	<b>Muy Difícil</b>

Figura 12. Imatge de la guia i informe de llegibilitat de la versió inicial de la diapositiva Beneficis de l'exercici físic

- **Versions intermèdies:** es va modificant el text a l'aplicatiu per tal d'aconseguir puntuacions més bones:

Resultado:

Silabas	178
Palabras	71
Frases	16
Promedio silabas / palabra	2,51
Promedio palabras / frase	4,44
Índice Flesch-Szigriszt	66,21
Grado en la escala Inflesz	<b>Algo Difícil</b>

Figura 13. Informe de llegibilitat de la versió intermèdia de la diapositiva Beneficis de l'exercici físic

- **Versió final:** s'aconsegueix una puntuació normal en aquesta diapositiva.

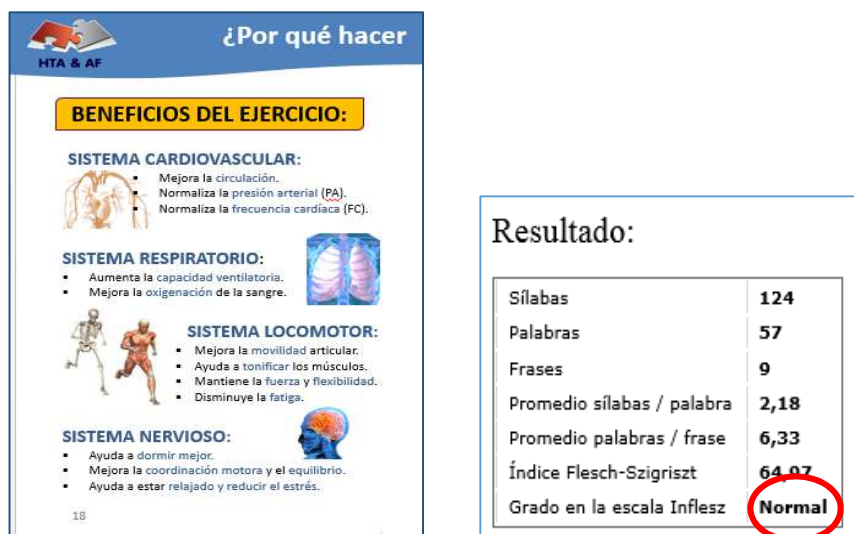


Figura 14. Diapositiva i Informe de Llegibilitat de la versió final dels Beneficis de l'exercici físic

Es mostren a continuació altres apartats de la versió final de la guia amb el seu corresponent informe, tots ells amb un grau de comprensió normal o fàcil:

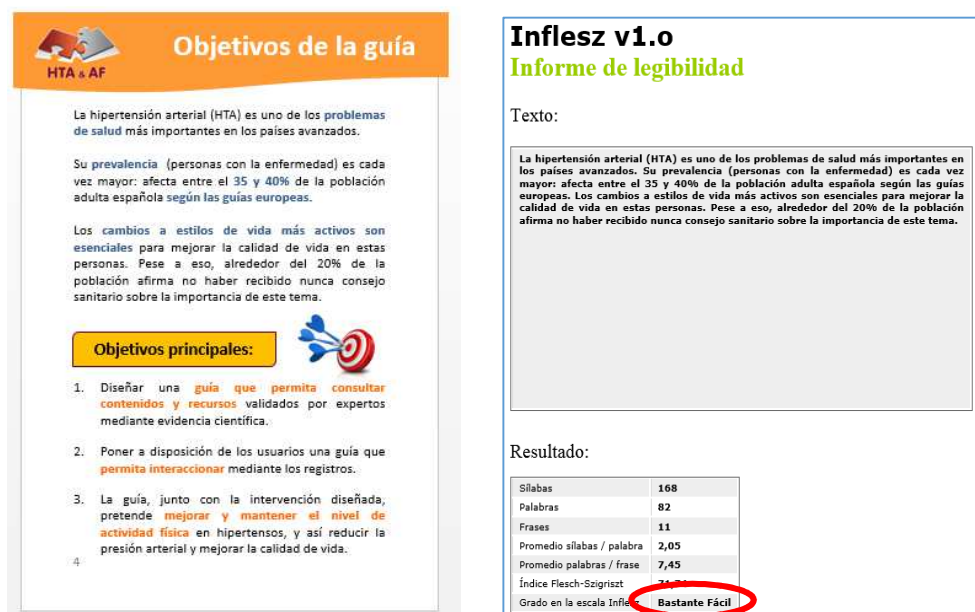


Figura 15. Diapositiva i Informe de Llegibilitat de la versió final dels Objectius de la guia



Figura 16. Diapositiva i Informe de Llegibilitat de la versió final del concepte d'hipertensió arterial

Per tal de calcular la llegibilitat dels textos seleccionats el programa aplica la fórmula de Szigriszt (11) que la denomina Índex de Flesch-Szigriszt (IFSZ). La fórmula s'expressa  $INFZ = 206,835 - 62,3 \times (\text{Sí·labes}/\text{Paraules} - \text{Paraules}/\text{Frases})$ .

L'escala INFLESZ (53) estableix 5 trams: "Muy Difícil" (<40), "Algo Difícil" (40-55), "Normal" (55-65), "Bastante Fácil" (65-80) i "Muy Fácil" (>80). Cap de les escales utilitzades anteriorment pels experts eren adequades per a lectors espanyols, mentre que aquesta està validada mitjançant un estudi amb una mostra de 630 fragments de text, de 210 publicacions.

S'estima que els textos sobre salut han de tenir una puntuació superior a 55 per a poder se llegits i compresos pels usuaris (11). Els fragments de la nostra guia tenen de mitjana una puntuació de 67 amb un interval entre 58 i 71, essent tots ells de fàcil o normal lectura, tal i com hem pogut veure als exemples.

## 8. Discussió

### 8.1. Discussió dels resultats en funció dels objectius

La opinió d'experts i pacients en el procés de disseny i validació de la guia ha estat molt favorable, de la mateixa manera que ho ha estat en estudis similars com els de Salazar et al (54), Moura et al (55) o Diaz et al (56).

Aquest (54-56) i altres experts com Barrio et al (1,11,53) o el *National Institutes of Health* dels Estats Units (14) coincideixen en la necessitat d'impulsar canvis cap a una cultura de qualitat en la prestació de serveis, buscant la màxima eficiència en els missatges de salut, i han impulsat estudis basats en la producció de materials de suport validats.

Segons Guitard et al (57-58) en un estudi amb 786 pacients hipertensos atesos a l'Àrea de Salut de Lleida, el 17% dels enquestats no recordava o no sabia si havia rebut consells sobre la necessitat de realitzar activitat física. Mansilla (59) afirma que únicament el 3% dels pacients afirma haver rebut informació escrita, mentre que sabem que aquesta és molt important per a produir un canvi en l'individu. I en l'Enquesta de Salut del 2006 (60) el 15,4% dels enquestats afirma no seguir mai les recomanacions del metge de capçalera i el 45,8% afirma fer-ho algunes vegades.

És important analitzar amb deteniment aquestes dades perquè ens aporten informació sobre la importància que té donar als pacients informació per escrit i que aquesta estigui acompanyada d'una intervenció educativa, i les implicacions que pot tenir per a la salut.

Els beneficis per a la salut de la pràctica regular d'activitat física i els riscos dels estils de vida sedentaris han quedat àmpliament evidenciats per nombrosos estudis epidemiològics els últims anys (61-63). Tot i així, l'enquesta de salut (60) posa de manifest que els índexs de sedentarisme estan arribant a xifres preocupants que poden suposar un risc per a la salut pública (61).

El *US Preventive Services Task Force* (64), que ha fet una revisió exhaustiva de les millors evidències sobre les recomanacions i pràctiques habituals en medicina preventiva sobre activitat física (AF), va comprovar a la segona edició de la guia *Guide to clinical preventives services*, que hi havia proves dels beneficis de l'AF sobre la salut. I en la tercera edició d'aquesta guia afirmen que l'efectivitat d'aquests consells no és suficient, no tant pels beneficis d'aquests que estan demostrats sinó per la manca d'evidència sobre l'efecte de recomanar exercicis sense una intervenció personalitzada.

Al contrari que l'anterior, el *American College of Preventive Medicina* (65), després d'una revisió sistemàtica de riscos i beneficis, ha fet pública la seva recomanació d'incorporar el consell sobre AF de forma sistemàtica a la consulta mèdica, basant-se en el Model de canvi d'actitud de Prochaska (66).

La validació dels materials garanteix la correcta transmissió d'informació, donat que han estat provats amb pacients. A més faciliten el procés d'ensenyament-aprenentatge donat que han participat en la seva validació experts en pedagogia i proporcionen una comunicació horitzontal per la proximitat que s'ha aconseguit amb les entrevistes.

La “Guia interactiva per a pacients: Hipertensió i Activitat Física” pretén dotar als usuaris de coneixements, habilitats i actituds que permetin afrontar amb més garanties la seva malaltia i fomentar estils de vida saludables que millorin i mantinguin la seva salut. A curt termini, podríem dir que esperem que la lectura i la interacció amb la guia millorin els coneixements que tenen els pacients sobre HTA i AF i els motivi a canviar.

És important senyalar que, encara que existeix coherència en el moment de recomanar la necessitat de validar els materials (54-56) són molt pocs els estudis basats en evidència científica suficientment contrastada que provin els resultats del procés i del material elaborat, especialment en termes d'eficiència econòmica.

Aquesta guia ha obtingut molt bones puntuacions en l'avaluació realitzada:

- En l'**escala BIDS** s'obté una puntuació de 67 punts sobre 70 possibles (95,71% de validesa), amb una millora respecte la versió inicial pròxima al 10% (87,14%).
- En l'**escala SAM** la puntuació final és de 41 punts sobre 44 (93,18% d'efectivitat) que correspon a la qualitat superior del material (a partir del 70%). La millora és del 15,91% respecte la versió inicial (77,27% d'efectivitat). L'indicador que presenta una puntuació més baixa és l'adaptació cultural.
- En el **programa INFLESZ** la puntuació mitja és de 67 amb un interval d'entre 58 i 71. Tots els fragments tenen una comprensió normal o fàcil (superior als 55 punts).

Barrio et al (9,53) en un estudi observacional descriptiu analitza 210 publicacions de quiosc, textos escolars i revistes científiques mitjançant el programa INFLESZ. Els textos amb puntuacions més baixes són les revistes científiques (37,9) mentre que els que reben puntuacions més altes són els còmics (84,64) i les revistes escolars (67,39). En el cas de la nostra guia obté una puntuació mitjana de 67 punts (bastant fàcil), assequible per a la població amb estudis d'educació primària.

Cal tenir en compte que, segons Barrio (53) les fórmules de Szigriszt o Flesch no son adequades en el context espanyol, doncs la redacció britànica i americana es molt diferents a la nostra, i es compona de frases molt curtes. Coincidim doncs, en què la fórmula INFLESZ és adequada per ser utilitzada en el nostre context i està validada per a població espanyola.

Les escales BIDS (18) i SAM (19) han demostrat ser útils en diversos estudis (1,11,53) i estan avalades per societats científiques. En el nostre estudi també han estat d'utilitat i pot resultat de molta utilitat validar aquestes escales en el nostre context, recomanació que ja va fer la Societat Espanyola de Medicina Familiar i Comunitària o la *National Center for the Study of Adult Learning and Literacy* (NCSALL) dels Estats Units, respectivament.

## 8.2. Trets diferencials de la guia

Després de l'anàlisi de les recomanacions d'autors nacionals i internacionals sobre el disseny de guies i materials per a l'EpS i de la lectura de diferents guies adreçades a pacients i professionals s'ha procedit al disseny de la guia objecte d'estudi en aquest treball.

Per a fer-ho s'ha considerat que l'esforç que suposava el treball i la inversió de recursos humans i econòmics havia de comportar l'edició de material innovador i que motives un veritable canvi en els seus usuaris, per aquest motiu la guia conté alguns trets diferencials que es presenten a continuació:

- **Presa de decisions:** la majoria de guies proporcionen informació, aquesta té per objectiu ajudar el pacient a prendre decisions en aspectes de la seva malaltia com l'estil de vida (especialment l'exercici físic) que poden millorar la seva salut.
- **Interacció:** la guia persegueix una participació activa i interacció amb el seu usuari, per això, en els diferents apartats s'hi pot trobar activitats a realitzar.
- **Personalització:** la guia permet enregistrar dades que poden ser d'interès per al pacient de manera que en el llibret i tingui tot el necessari per al dia a dia.
- **Reflexió:** la guia conté espais de reflexió que el pacient pot utilitzar per consultar als responsables de l'estudi o als professionals sanitaris amb qui té contacte.
- **Aprenentatge continuat:** s'espera que els coneixements i les actituds saludables apreses amb la lectura i interacció de la guia perdurin en el temps. Aquesta característica es detalla més endavant.

## 8.3. Aprenentatge i metodologies aplicades a la guia

L'Aprenentatge forma part de la naturalesa humana, la finalitat de la participació activa per part d'un individu en el propi procés d'aprenentatge és fonamental i per aquest motiu és un dels eixos que s'ha treballat en l'elaboració de la guia.

Aprendre és segons la Universitat Nacional d'Educació a Distància (UNED) adquirir coneixement d'alguna cosa per mitjà de l'experiència o l'estudi (67). El fet d'aprendre és una habilitat pròpia de les persones, i és un procés obert en el que s'adquireixen coneixements, valors i actituds a partir dels quals interpretem i actuem d'una forma determinada.

L'aprenentatge té lloc al llarg de la vida i està present sempre tot i que de formes diferents. El sentit del procés ensenyament-aprenentatge és per aconseguir l'aprenentatge autònom: aprendre a aprendre; mitjançant el qual les persones ens desenvolupem aprenem i aprenem a desenvolupar-nos.

Aebli (67) defineix que perquè els individus aprenguem és necessari que haguem adquirit algunes capacitats: establir contacte amb les persones i les idees, comprendre els fenòmens i textos, plantejar accions i resoldre problemes, exercitar activitats i utilitzar la informació i mantenir la motivació per a les activitats i l'aprenentatge.



Aquests són aspectes que s'han tingut en compte per al disseny de la guia, especialment el fet d'incloure activitats que els pacients han de resoldre i que mantinguin la motivació. Cal tenir en compte que les persones grans, objecte de la nostra guia, no aprenen de la mateixa manera, i alhora ja tenen moltes coses apreses de la seva experiència i bagatge de la vida. Per aquest motiu es planteja una metodologia d'ensenyament basada en un model de continuïtat en l'aprenentatge de coneixements, i no des del punt de vista del dèficit acadèmic.

També s'ha intentat valorar l'enriquiment de la seva experiència a través de les aportacions dels pacients que han participat en el disseny de la guia.

La metodologia en la què es basa la guia és:

- **Participativa:** es recull la opinió i satisfacció dels usuaris de la guia tant en el disseny com en l'avaluació de la implementació.
- **Activa:** mitjançant l'aprenentatge a través d'exemples i activitats en que s'ha d'aplicar els coneixements adquirits.
- **Flexible:** adaptada al nivell del grup segons la mostra estudiada.
- **Socialitzadora:** basada en el treball en grup i en les interaccions socials entre usuaris i també amb els responsables de la intervenció.

#### 8.4. Efectes esperats de la guia per al futur

Aquesta guia pretén dotar als usuaris d'uns coneixements, habilitats i actituds (complementat amb uns tallers dins de la intervenció en la que participen) que els permetin afrontar millor la seva malaltia i fomentar els hàbits de vida saludables per a millorar i mantenir el seu estat de salut.

A curt termini podríem dir que esperem que la lectura i la interacció amb la guia millori el que els usuaris saben i els motivi a canviar, però aquest no és l'únic objectiu, sinó que també ens plantejem que a mitjà i llarg termini (s'avaluarà els resultats en el temps després de la intervenció) aquests coneixements i aquesta actitud positiva es mantingui.

Per aquest motiu no és planteja com l'adquisició de coneixements per a passar una prova, sinó que el repte busca aprofitar al màxima l'acció formativa dotant als usuaris d'eines per a que no només adquireixin els coneixements sinó que assumeixin el contingut formatiu que els permeti seguir treballant en el futur.

Per al disseny de la guia s'ha tingut en compte les recomanacions de Biedma en el disseny de guies com a "Community Manager en la Web 2.0" (68).

#### 8.5. Avaluació de resultats en termes econòmics

Quan es dediquen recursos a un projecte cal veure quin ha estat el resultat, mesurant a través d'indicadors l'èxit o fracàs del mateix, tant en el progrés (avaluació i millora contínua) com al final del procés (avaluació final).



Sigui quin sigui el resultat de les avaluacions el més important és aprendre d'elles, perquè sempre hi ha marge de millora. S'ha d'intentar donar resposta a temes com ara si s'ha seguit la planificació prevista de les activitats, la participació de la gent, la consecució de recursos, l'aprenentatge dels individus que han participat, la reducció o eliminació del problema, etc.

Seguint l'esquema proposat per la Societat Espanyola de farmacèutics en Atenció Primària (15) sobre el cicle d'eficàcia clínica en el disseny de guies, s'ha adaptat i dissenyat el nostre propi sistema d'avaluació i millora contínua:

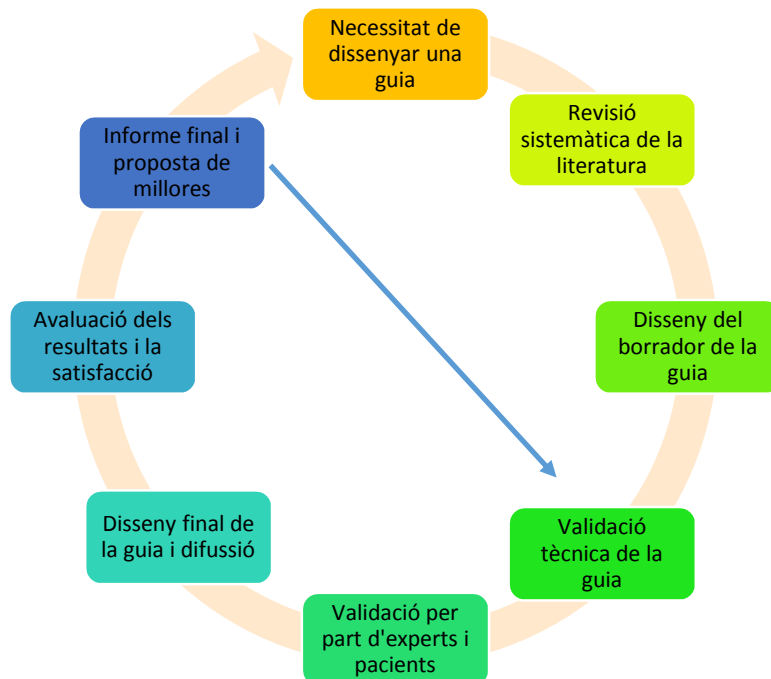


Figura 17. Esquema del disseny i avaluació contínua de la guia

La ciència de l'anàlisi econòmic e l'atenció sanitària està encara en una etapa relativament prematura al nostre país segon Cots i Catalá (69), i la majoria dels estudis publicats no reuneixen els estàndards metodològics necessaris per poder incorporar com a part de la base de l'evidència els recursos que s'hi ha emprat i els resultats de l'impacte que ha tingut.

Una de les poques iniciatives que recull la bibliografia internacional la trobem al *British Medical Journal* que proposa que els estudis d'anàlisi econòmic s'avaluin mitjançant un qüestionari que té en compte els canvis en la pràctica actual, impacte previst, els aspectes econòmics específics associats a la implementació de les recomanacions i l'avaluació de les implicacions econòmiques (15).

No obstant, com hem dit anteriorment la guia no s'utilitza de forma aïllada, sinó com a material complementari en una intervenció, aquest fet dificulta la realització d'un anàlisi cost-efectivitat, donat que els beneficis que es produeixen en el pacient no es poden imputar únicament a la guia, sinó a la intervenció.

## 8.6. Futures investigacions

A partir dels resultats obtinguts en l'estudi en poden sortir futures investigacions que serien d'interès en el camp de la salut:

- Elaboració d'un **manual metodològic** sobre el disseny i validació de materials d'educació per a la salut basat en evidència i adequat al nostre context. Aquest manual pot contribuir a que la infermeria, i professions afins, elaborin materials d'EpS de més qualitat i eficients.
- Disseny d'un **curs de formació** sobre la metodologia del disseny i validació de materials d'educació per a la salut basat en evidència i adequat al nostre context. Aquest manual pot contribuir a que la infermeria, i professions afins, elaborin materials d'EpS de més qualitat i eficients.
- **Validació dels qüestionaris** BIDS i SAM al nostre context. Aquestes eines d'avaluació de materials contribueixen a millorar el disseny dels materials.
- Implementació d'una intervenció en la què s'avaluï el **cost-efectivitat** d'utilitzar materials validats com la guia que es presenta.

## 9. Conclusions:

A continuació s'enumeren les conclusions del treball:

- S'ha evidenciat una baixa adherència a seguir el tractament prescrit en relació als estils de vida, especialment la pauta d'activitat física, de forma tradicional. Aquest fet obliga a buscar noves estratègies com ara intervencions en les què es necessita el suport de materials educatius.
- Infermeria i les professions relacionades amb la salut fan un gran ús en el dia a dia de tríptics i fulletons dirigits a pacients i familiars. Els recursos humans i econòmics que s'hi destinen són molt elevats.
- Tot i que existeix un acord pràcticament unànime en quan als criteris i recomanacions per a dissenyar materials educatius per a pacients, aquests estan basats en opinió d'experts i manca evidència científica sobre els resultats.
- La validació del disseny de la guia ha permès disposar d'un material de difusió per als pacients que pot contribuir a l'assoliment dels objectius plantejats en la intervenció a realitzar.
- Els resultats estadístics de la versió final de la guia aporten resultats molt positius i milloren els coneixements i disseny de la versió inicial gràcies al feedback dels experts i pacients.
- Cal seguir treballant en la creació de materials d'educació per a la salut, especialment amb estudis de camp que demostrin els resultats en termes d'eficiència econòmica.

## 10. Bibliografia

1. Barrio I, Simón-Lorda P, Melguinzo M, Molina A. Consenso sobre los criterios de legibilidad de los folletos de educación para la salud. An Sist Sanit Navar: 2011 (34):2.
2. Comín Bertran E, Catalán Ramón A, Morera Castell R. Directrius per elaborar les guies de pràctica clínica en atenció primària. Direcció clínica. Institut Català de la Salut. Barcelona: 2006
3. Gröne O. Inventario de instrumentos para medir la legibilidad de un texto en castellano. Health Promoting Hospitals. 2010
4. Organització Mundial de la Salut. Promoció de la Salut a través de l'Escola. Sèrie d'informes tècnics N°870. Ginebra: 1997
5. Constitución española de 27 de diciembre de 1978. <http://www.boe.es/boe/dias/1978/12/29/pdfs/A29313-29424.pdf>
6. Ley 14/86 de 25 de abril de 1986 Ley General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado: <http://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>
7. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>
8. Ruiz E, Ferrer JL, Anes Y. Bases del Plan Marco de Educación para la Salud en Extremadura. La epidemiología en el Proceso Inicial de su Elaboración. XXII Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología. Gac Sanit 2004; 18 (3):11-148
9. Mazarrasa L. Educación para la Salud en Atención Primaria. Programa de Enfermería en Salud Comunitaria. Escuela Nacional de Sanidad. Madrid: 2002.
10. Mayor Serrano MB. Cómo elaborar folletos de salud destinados a pacientes. Cuadernos de la Fundació Sr. Antonio Esteve. Ed Fundación Esteve. Barcelona: 2008
11. Barrio I. Los métodos de medición de la legibilidad y su aplicación al diseño de folletos educativos sobre salud. 2009
12. Organización Mundial de la Salud. Manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud. Educación para la Salud. Ginebra: 1989.
13. Organización Mundial de la Salud. Declaración Mundial de Salud "Salud para todos en el siglo XXI". Ginebra: 1999.
14. National Cancer Institute. National Institutes of Health. USA. Making Health Communication Programs Work: A Planner's Guide. Disponible en [http://www.cancer.gov/PDF/41f04dd8-495a-4444-a258-1334b1d864f7/Pink\\_Book.pdf](http://www.cancer.gov/PDF/41f04dd8-495a-4444-a258-1334b1d864f7/Pink_Book.pdf)
15. Directrices para la elaboración de guías de práctica clínica. Sociedad Española de farmaceuticos en Atención Primaria. Series divulgativas. Barcelona: 2003. Disponible en: [http://www.sefap.org/media/upload/arxius/area-conocimiento/series\\_divulgativas/SEFAP\\_8.pdf](http://www.sefap.org/media/upload/arxius/area-conocimiento/series_divulgativas/SEFAP_8.pdf)
16. López Gómez et al. Metodología para la elaboración de guías de atención u protocolos. Caja costarricense de Seguro Social. Gerencia División Médica. Área de atención Integral a las Personas. Costa Rica: 2007
17. UNICEF. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. Guía metodológica y vídeo de validación de materiales IEC. Perú: 2003.

18. Bernier MJ. Establishing the psychometric properties of a scale for evaluating quality in printed education materials. *Berner Institucional Design Scale*. Patient Educ Couns 1996; 29:283-299.
19. Doack C. Suitability Assessment of Materials (SAM) for evaluation of health-related information for adults. Philadelphia: 1996
20. Organització Mundial de la Salut. Promoció de la Salut a través de l'Escola. Sèrie d'informes tècnics N°690. Ginebra: 1983.
21. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2013 Jul;34(28):2159–219
22. Saez M, Barceló MA. Coste de la hipertensión arterial en España. Hipertens y Riesgo Vasc. 2012;29(4):145–51
23. Sáinz M, Fereres J, Martell N, Fernandez-Cruz A, Abad M, Ávila M, et al. Guía de Intervención Educativa en el Paciente Hipertenso. Ministerio de Sanidad y Consumo. Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid. Hospital Clínico San Carlos. Unidad de Promoción y Educación para la Salud. Servicio de Medicina Preventiva. Madrid: 2008
24. Guia rápida sobre el proceso asistencial integrado de riesgo cardiovascular. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
25. Rotaeché del Campo R, Aguirrezabala Jaca J, Balagué Gea L, Gorroñogoitia Iturbe A, Idarreta Mendiola I, Mariñelarena Mañeru E, Mozo Avellaned C, Ruiz de Velasco Artaza E, Torcal Laguna J. Guía de Práctica Clínica sobre Hipertensión Arterial (actualización 2007). Osakidetza. GPC. Vitoria-Gasteiz. 2008
26. Amado E, Brotons C, Dalfó A, Gibert E, Pepió JM, Salleras N. Guia de pràctica clínica i material docent sobre Hipertensió Arterial. Institut Català de la Salut. Barcelona: 2003
27. Guide to management of hypertension 2008: Assessing and managing raised blood pressure in adults. Uptade Decembre 2010. Heart Foundation. Australia: 2010
28. Hypertension: Clinical management of primary hypertension in adults. National Institute for Health and Clinical Excellence. London: 2011.
29. Estrada D, Guerrero L, Pujol E. Guía de intervención en hipertensión y riesgo cardiovascular para enfermería. Asociación Española de Enfermería de Hipertensión y riesgo cardiovascular (ERICHA). Madrid: 2014. Disponible a: <http://www.ehrca.org/im/pdf/guiasdeintervencion.pdf>
30. Valoración y tratamiento del riesgo cardiovascular: guía clínica basada en la evidencia. Junta de Castilla y León. 2008
31. Nursing Management of Hypertension. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Ontario: 2009

32. Fábregues G. Manual del paciente hipertenso: A, B, C de la Hipertensión, colesterol y diabetis. Sociedad Argentina de Cardiología, la Sociedad Interamericana de Cardiología i la Fundació de cardiologia Argentina. Disponible a: <http://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2011/12/manualpacientehipertenso.pdf>
33. Frenk J, Tapia R, Valázquez O, Lara A, Tapia F, Martínez MY, Cisneros M. Guía técnica para capacitar al paciente con hipertensión arterial. Mexico: 2002.
34. Guía de práctica clínica Hipertensión Arterial Primaria (HTA) para pacientes y familiares. Sistema General de Seguridad Social i Salut. Colombia: 2013
35. Roca-Cusach A, Solé MJ, Bonet R, del Olmo R. Hipertensión arterial. l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Fundación AstraZeneca. Barcelona: 2007
36. Vallbona C, Roure E, Violan M, et al. Guia de prescripció d'exercici físic per a la Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona: 2007. Disponible a: [http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes\\_de\\_salut/Activitat\\_fisica/documents/Guiadeprescripcioversioextensa.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes_de_salut/Activitat_fisica/documents/Guiadeprescripcioversioextensa.pdf)
37. De la Sierra A, Gorostidi M, Marín R, Redón J, Banegas JR, Armario P, et al. Evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial en España. Documento de consenso. Med Clin (Barc). 2008 Jun;131(3):104–16
38. Coca A, Dalfó A, Esmatjes E, Llisterri JL, Ordóñez J, Gomis González-Juanatey JR, et al. Tratamiento y control del riesgo cardiovascular en atención primaria en España. Estudio PREVENCAT. Med Clin (Barc). 2006 Feb;126(6):201–5.
39. José L. Llisterri Caro, Gustavo C. Rodríguez Roca, Francisco J. Alonso Moreno, Miguel A. Prieto Díaz, José R. Banegas Banegas, Diego Gonzalez-Segura Alsina, Salvador Lou Arnal, Juan A. Divisón Garrote, Pere Beato Fernández VBA. Control de la presión arterial en la población hipertensa española asistida en Atención Primaria. Estudio PRESCAP 2010. Med Clin (Barc). 2012;
40. Abellan J, Saiz de Baranda P, Ortín J. Guía para la Prescripción de Ejercicio Físico en Pacientes con Riesgo Cardiovascular. Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial. 2013
41. Consell d'exercici: tractament, els estils de vida, la recepta d'exercici físic (temps, durada, intensitat i freqüència), la introducció d'activitats diàries i evitar complicacions. Fundació Esteve
42. Del Valle M, Manonelles P. Ejercicio físico y factores de riesgo cardiovascular. Federación Española de Medicina de l'Esport
43. Fernandez T, Medina S, Herrera I, Rueda S, Ordoñez J, León JM et al. Guia de uso de la escala de Autoeficacia para la Actividad Física. Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Andalucía. Sevilla: 2012
44. Niñerola J, Capdevila LI, Pintanel M. Barreras percibidas y Actividad Física: el autoinforme de barreras para la práctica de ejercicio físico. Rev Psicol Dep. 2006: (15). 53-69
45. Hillsdon M, Foster C, Thorogood M. Intervenciones para la promoción de la actividad física. The Cochrane Collaboration. 2008
46. Landeta J. El método Delphi. Ed Ariel. Barcelona: 1999

47. Dalkey N, Helmer O. An experimental application of the Delphi method to the use of experts. 459
48. Pashiardis P. Group Decision Making. The Role of the Principal. International Journal of Educational Management. 1993 (7): 8-11
49. Norman C, Darkley C. Predicting the future. The Rand Corporation. California: 1968; (16) 3948
50. Salancik JR, Wenger W, Helfer E. The construction of Delphi event statements.
51. Gordon TJ, Helmer O. Report on a long-range forecasting study. The Rand Corporation. California: 1964.
52. Brockoff K. The Delphi Method: The performance of forecasting groups in computer dialogue and face-to-face discussion.
53. Barrio-Cantalejo IM, Simón-Lorda P, Melguizo M, Escalona I. Validación de la Escala INFLESZ para evaluar la legibilidad de los textos dirigidos a pacientes. An. Sist. Sanit. Navar. 2008, Vol. 31, Nº 2, mayo-agosto
54. Salazar A, Shamah T, Escalante E. Validación de material educativo: estrategias sobre alimentación y actividad física. Rev Esp Comun Salud: 2012; 3 (2): 96-109
55. Moura de Araujo MF, Lima de Sales A, Venícios de Oliveira M. Validación de juego educativo para la enseñanza de la valoración cardiovascular. Revista de investigación y educación de Enfermería. 2010
56. Diaz L et al. Validación de materiales educativos para la educación ambiental. Universidad de Venezuela. Red de revistas Científicas de América Latina, España y Portugal. 2007: 53-64
57. Guitard Sein-Echaluce ML. Factores relacionados con la práctica de la actividad física en el tiempo libre en los hipertensos. Tesis Doctoral. Universitat de Lleida: 2010.
58. Guitard Sein-Echaluce ML, Torres J, Farreny D, Gutiérrez JM, Martínez M, Artigues E. Cumplimiento de las recomendaciones sobre actividad física en personas hipertensas asistidas en atención primaria. Gac Sanitaria. 2013 (27)
59. Mansilla-Domínguez Jm, Herrera-Sánchez B, Perdigón-Florencio P, Montes Campello MI, Sánchez-López Mt. Actividad física durante el tiempo libre en población adulta. Metas de enfermería 2002 (49):60-66
60. Olaiz G. Encuesta nacional de salud y nutrición 2006: Instituto Nacional de Salud Pública; 2006
61. Varo-Cenarruzabeitia J, Martínez-González MA. Health consulting for the promotion of physical activity. Med Clin: 2006; (126): 10
62. Iestra JA, Kromhout D, Van der Schouw YT, Grobbee DE, Boshuizen HC, Van Staveren WA. Effect size estimates of lifestyle and dietary changes on all-cause mortality in coronary artery disease patients: a systematic review.
63. Guallar-Castillón P, Santa-Olalla Peralta P, Banegas JR, López E, Rodríguez-Artalejo F. Actividad física y calidad de vida de la población adulta mayor en España. CITA

64. Eden KB, Orleáns T, Mulrow CD, Pender NJ, Teutsch SM. Does counseling by clinicians improve physical activity? A summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force
65. Jacobson DM, Strohecker L, Compton MT, Katz DL. Physical activity counseling in the adult primary care setting. Position Statement of the American College of Preventive Medicine
66. Alvarez L. Modelos psicológicos del cambio: de los modelos centrados en el individuo a los modelos psicosociales en psicología de la salud. Rev Psicol y Salud; 2010
67. Farran Ma, Pérez M, Sanz del Castillo D. Guia didàctica: Problemas ambientales. Universidad Nacional de Educación a distancia (UNED). Programa Senior.
68. Biedma P. Community Manager en la Web 2.0. Disponible a: <http://www.proveedordematerialdidactico.com/2012/11/las-10-claves-para-elaborar-una-guia-didactica/>
69. Catalá F et al. Evaluación económica de intervenciones en enfermedades oncológicas en España: revisión sistemática y análisis comparativo. Farm Hosp. 2012;36(3):141---147



# ANNEXOS

## ANNEX I. Full de recollida de dades del pacient

### HOJA DE RECOGIDA DE DATOS DEL PACIENTE:

**Diseño y validación de una Guía interactiva para pacientes: Hipertensión y Actividad Física.**  
(Eficacia de una intervención enfermera para mejorar y mantener la actividad física en hipertensos).

Nombre:		Apellidos:	
Edad:		Sexo:	
Teléfono:		Correo @:	
Tiempo de diagnóstico			

¿Cómo se define: activo o sedentario?	¿Si es activo desde cuando lo es?
--	-----------------------------------

¿Cuantifique su ejercicio físico semanal?	
---	--

¿Tiene motivación para realizar ejercicio físico?	
---	--

En caso de que quiera que su nombre aparezca en la 2ª página de la Guía, indíquenos su dirección postal para mandarle un ejemplar:

Dirección Postal	
------------------	--

Estratificación	<input type="checkbox"/> Insuficiente no preparado <input type="checkbox"/> Insuficiente preparado <input type="checkbox"/> Suficiente en acción <input type="checkbox"/> Suficiente en mantenimiento
-----------------	--

Lleida, \_\_\_\_ de febrero de 2014

## ANNEX II. Full d'informació al pacient

### Hoja de información al paciente

#### **TITULO DEL ESTUDIO:**

---

Diseño y validación de una Guía interactiva para pacientes: Hipertensión y Actividad Física. (Eficacia de una intervención enfermera para mejorar y mantener la actividad física en hipertensos).

#### **INVESTIGADORES:**

---

Gemma Espigares Tribó, M Luisa Guitard Sein-Echaluce y JM<sup>a</sup> Gutiérrez  
Facultad de Enfermería. Universidad de Lleida  
973 70 24 64 / 615 109 386

#### **INTRODUCCION:**

---

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica correspondiente.

Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la lectura.

#### **PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA:**

---

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su enfermera ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento médico.

#### **DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO:**

---

La hipertensión arterial es un problema de salud debido a sus complicaciones. La realización de actividad física moderada en el tiempo libre es uno de los factores protectores previniendo la hipertensión arterial y también contribuye a la normalización de las cifras tensionales elevadas. El seguimiento de esta pauta de tratamiento no es suficiente por lo que se pueden poner en marcha estrategias que lo mejoren.

La Facultad de enfermería juntamente con el servicio de nefrología del Hospital Universitari Arnau de Vilanova han puesto en marcha un estudio con el objetivo de mejorar o mantener el nivel de actividad física en el tiempo libre que realizan las personas hipertensas, mediante intervenciones individualizadas llevadas a cabo por enfermeras.

Durante esta intervención se repartirá a los participantes una Guía interactiva que es la que le pedimos a usted que nos ayude a validar con su opinión.

La metodología que se seguirá será entregarle una copia de la versión inicial de la Guía y un cuestionario que deberá completar. Se acordará fecha, hora y lugar para la realización de una entrevista (15-20 minutos) para conocer su opinión y recoger sus propuestas.

---

**BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO:**

---

No se prevé ningún riesgo. No se puede asegurar que Vd. obtenga beneficio directo por participar en el estudio. Se desconoce si la intervención será beneficiosa, y por eso se quiere investigar. Sí que le podemos decir que por el mero hecho de participar usted tendrá acceso a información de rigor científico relacionada con la hipertensión y el ejercicio físico.

---

**CONFIDENCIALIDAD:**

---

El tratamiento, comunicación y cesión de sus datos se hará conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y por su reglamento (RD 1720/2007). En todo momento, usted podrá acceder a sus datos, corregirlos o cancelarlos. Sus datos llevarán un código que no permite identificarlos directamente.

Los resultados de este estudio serán publicados en revistas científicas para su difusión, pero no se transmitirá ningún dato que pueda llevar a la identificación de los participantes. Si usted lo desea, se le facilitará un resumen de los resultados del estudio.

***Si usted lo desea puede aparecer su nombre en la 2ª página de la guía como experto que ha revisado el material. En ese caso, recibirá una copia de la versión definitiva de la Guía.***

---

**INTERESES ECONÓMICOS:**

---

Esta investigación se lleva a cabo sin ninguna financiación y solo con el trabajo personal de los participantes. El investigador y los colaboradores no recibirán retribución específica por la dedicación al estudio. Usted no será retribuido por su participación en el estudio.

---

**INFORMACIÓN:**

---

Si tiene cualquier duda o desea información complementaria en cualquier momento del estudio, puede contactar con:

Gemma Espigares [guía.hipertension@gmail.com](mailto:guía.hipertension@gmail.com)  
973 70 24 64 / 615 109 386

Muchas gracias por su colaboración

### ANNEX III. Full de consentiment informat

#### Hoja de consentimiento informado

Título del estudio: ***“Diseño y validación de una Guía interactiva para pacientes: Hipertensión y Actividad Física”.*** (Eficacia de una intervención enfermera para mejorar y mantener la actividad física en hipertensos)

Yo (nombre y apellidos)

.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado.  
He podido hacer preguntas sobre el estudio.  
He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con (nombre de la persona que invita a participar en el estudio y entrega el documento de consentimiento informado)

.....

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1º Cuando quiera
- 2º Sin tener que dar explicaciones.
- 3º Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

☐ Quiero que mi nombre aparezca en la 2ª página de la Guía como persona que ha colaborado con la validación.

**Firma del paciente:**

**Firma del investigador:**

**Nombre:**

**Nombre:**

**Fecha:**

**Fecha:**

## ANNEX IV. Qüestionari per a l'entrevista a pacients

### CUESTIONARIO PARA ENTREVISTA a PACIENTES

Os presentamos a continuación el cuestionario para la revisión de la “*Guía interactiva para pacientes: Hipertensión y Actividad física*”. Os pedimos, por favor, que contestéis lo más sinceramente posible.

Hay que tener en cuenta que no se pide una revisión ortográfica (que se realizará al final del proyecto con la versión definitiva), sino de contenido, comprensión, diseño e inducción a la acción.

**Este cuestionario servirá de guía para la entrevista que realizaremos. Puede hacer en el cuestionario y en la guía las anotaciones que considere oportunas.**

<b>ATRACCIÓN</b>
¿Le gusta el diseño (colores, tipo de letra, imágenes, contraste, medidas de la guía)? ¿Propondría algún cambio?
¿Qué es lo que más le llama la atención? ¿Por qué?
¿Qué es lo que menos le ha gustado? ¿Qué cambios propondría?
<b>COMPRENSIÓN</b>
¿Cree que la guía es comprensible?
¿Cuál cree que es el mensaje más importante?
¿Cree que hay palabras que se pueden cambiar? ¿Cuáles y por qué otras las cambiaría? <b>Anótalo directamente en la guía</b>
<b>IDENTIFICACIÓN:</b>
¿Considera que la guía es adecuada para los pacientes hipertensos? ¿Hay algún apartado de la guía que considere poco adecuado?
¿Cree que podría identificarse con la Guía?

### ACEPTACIÓN

¿Cree que hay alguna cosa que puede ser rechazada por los pacientes?

### INDUCCIÓN A LA ACCIÓN

¿Cree que la guía es didáctica?

¿Cree que la guía puede ayudar a inducir un cambio en el estilo de vida de los hipertensos?

### DESTACA 2 ASPECTOS FUERTES DE LA GUIA

### DESTACA 2 ASPECTOS DE MEJORA DE LA GUÍA

### ¿HAY ALGUNA COSA QUE HAS HECHADO DE MENOS EN LA GUÍA?

### OTROS COMENTARIOS

### DATOS INTERNOS PARA EL ESTUDIO:

Tiempo estimado de revisión: \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

Tiempo entrevista:

Nombre y apellidos del entrevistado:

Gracias por la participación

## ANNEX V. Dossier per als experts del panell Delphi



# **Diseño y validación de materiales de educación para la Salud**

Diseño y validación de materiales de apoyo (guía para pacientes y protocolo de los talleres) para realizar una intervención con pacientes hipertensos para mejorar y mantener el nivel de actividad física

## **DOSIER INFORMATIVO PARA LA VALIDACIÓN DE LA GUÍA CON LOS EXPERTOS DEL PANEL DELPHI**

Gemma Espigares Tribó

Tutora: M.Luisa Guitard

Máster en Investigación en Salud

Curso 2013-2014

Lleida, 30 de enero de 2014



Este dossier se ha redactado con la intención de presentar el proyecto a los expertos que van a participar en la validación de la Guía interactiva para pacientes a través del Panel Delphi.

## **SOBRE EL ESTUDIO Y LOS AUTORES**

---

Este proyecto es el Trabajo Final de Máster (TFM) de la estudiante Gemma Espigares, tutorizado por la profesora de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Lleida Luisa Guitard. El TFM se corresponde con la fase inicial de un proyecto mayor en el que participará posteriormente dicha facultad.

El TFM está supervisado por un grupo asesor del que forman parte:

- Luisa Guitard, profesora de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Lleida, experta en factores de riesgo cardiovascular, ejercicio físico y metodología enfermera. Tutora del trabajo.
- JM<sup>a</sup> Gutiérrez, enfermero del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida, experto en enfermedades cardiovasculares y nefrológicas.
- Divina Farreny, enfermera y licenciada en actividad física y deporte, experta en tema de educación para la salud y ejercicio.
- Noemi Serra, profesora del INEFC Lleida y experta en educación deportiva y ejercicio.
- Joan Torres, médico especialista en medicina preventiva y salud pública, especializado en metodología cuantitativa.
- Javier Trujillano, médico experto en metodología cuantitativa y validación de cuestionarios y modelos estadísticos.
- Fidel Molina, sociólogo y profesor de la Universidad de Lleida experto en metodología cualitativa.

## **OBJETIVO PRINCIPAL DEL PROYECTO**

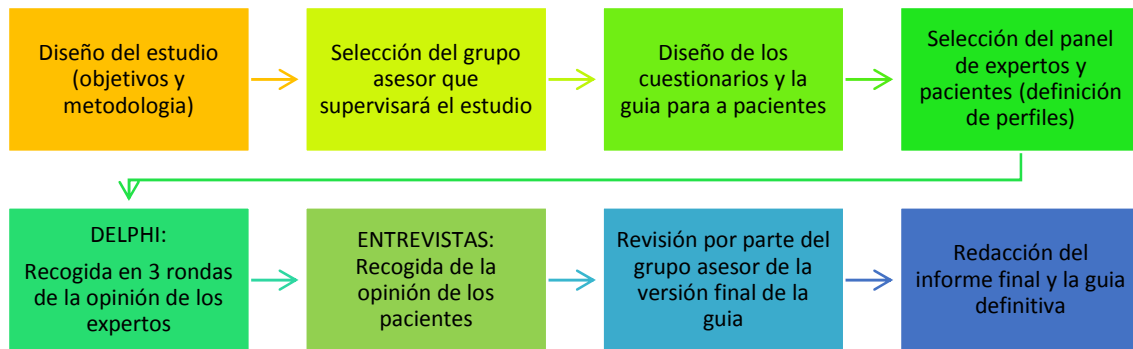
---

Diseño y validación de materiales de apoyo (guía para pacientes y protocolo de los talleres) para realizar una intervención con pacientes hipertensos para mejorar y mantener su nivel de actividad física.

**DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UNA GUIA INTERACTIVA DIRIGIDA A PACIENTES HIPERTENSOS PARA AUMENTAR Y MANTENER LA ACTIVIDAD FÍSICA**

Para la validación de la guía dirigida a los pacientes se utilizarán métodos cuantitativos (fórmulas de legibilidad y cuestionarios validados) y cualitativos (validación por expertos mediante técnica Delphi y validación por pacientes diana mediante entrevistas semiestructuradas).

El esquema de validación de la guía a seguir será el siguiente:



El desarrollo del panel de expertos y las entrevistas con los pacientes tendrán lugar de forma paralela, de manera que, en la segunda ronda del panel de expertos se pretende incluir cambios que provengan del análisis de dichas entrevistas.

## PANEL DE EXPERTOS EN LA TÉCNICA DELPHI

El método Delphi es según Landeta, una técnica de previsión grupal que se nutre del juicio de un grupo de expertos (1). Esta técnica será la que utilizaremos en primer lugar para la validación de la guía dado que es un método sistemático útil para la toma de decisiones.

Hay que tener en cuenta que el proceso de interacción es **mediante feedback controlado** a través del investigador y el grupo asesor del proyecto, por lo que en cada ronda conocerá: el resultado global de las opiniones del panel de expertos y su opinión de la ronda anterior respecto del global.

En este método se pide que **no haya interacción entre los participantes** (para evitar el consenso o influencia en las opiniones) y que se guarde el **anonimato** hasta el final.

En este sentido podemos informar del perfil de los **16 expertos** que conforman el **panel de expertos**, pero no de su nombre como decíamos:

- Enfermero/a especialista en Hipertensión y miembro de la Asociación Española de Enfermería de Hipertensión y Riesgo Cardiovascular (EHRICA) (2 personas)
- Enfermero/a del servicio de nefrología del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida. (2 personas)
- Enfermero/a de centros de Atención Primaria de Lleida que traten con pacientes hipertensos y que estén implicadas con la Educación para la Salud (EpS). (2 personas)
- Enfermero/a especializado en el ámbito de los cuidados y expertos en la aplicación en el campo enfermero de las tecnologías 2.0 (2 personas)

- Licenciado/a en actividad física y deporte, investigador/a en el campo del ejercicio físico. (2 personas)
- Médico especialista en hipertensión (1 persona)
- Pedagogo/a experto en metodologías de aprendizaje en el ámbito universitario y de gente mayor. (2 personas)
- Experto en diseño de materiales de innovación docente (1 persona)
- Paciente hipertenso perteneciente al mundo asociativo (que no sea profesional sanitario). (2 persona)

## DESARROLLO DEL PROYECTO CON LOS EXPERTOS

---

Habrà un **primer contacto** entre el experto y algún miembro del grupo asesor para ofrecer la posibilidad de participar.

Si el experto está interesado se le enviará el **dosier con la información**.

Una vez el experto haya **aceptado** participar se le enviará la **documentación** para la participación en la **1ª ronda** del Delphi mediante **correo electrónico** (Guía versión 1 y cuestionario a cumplimentar), y tendrá 11 días para contestar. (3 - 13 febrero)

El grupo asesor **agregará todas las opiniones** (14 - 23 febrero)

Se enviará a los expertos la **documentación de la 2ª ronda** (Guía versión 2, opiniones de la 1ª ronda tanto globales como individuales, y cuestionario 2), y tendrá 10 días para contestar (25 febrero – 5 marzo)

El grupo asesor **agregará todas las opiniones** (6-12 marzo)

Se enviará a los expertos la **documentación de la 3ª ronda** (Guía versión 3, opiniones de la 2ª ronda tanto globales como individuales, y cuestionario 3), para el que se tendrá 7 días para contestar (13 - 19 marzo)

El grupo asesor **agregará todas las opiniones** i redactará la **versión definitiva** de la **Guía** (20 - 30 marzo)

Finalmente, se enviará al conjunto de los expertos la **versión final de la Guía**, así como el **informe final** que incluirá la evolución de las opiniones a través de las distintas rondas (medianas, medias, rangos intercuartílicos, desviaciones típicas, gráficos,...).

Este estudio **no ofrece remuneración económica** a los expertos ni al grupo asesor, pues hasta el momento no dispone de financiación. Los **beneficios** que se ofrecen por participar son:

- El acceso a los datos del proyecto (datos e informe final) para futuras colaboraciones y publicaciones globales o parciales de los resultados.
- El aprendizaje derivado de la participación en un proceso novedoso para la educación para la salud: la validación de materiales mediante metodologías cualitativas.

- El reconocimiento nominal a la participación de los expertos en el proyecto y en la 2ª página de la Guía, una vez terminado el proceso.
- La entrega de un ejemplar de la versión impresa de la Guía interactiva para pacientes: Hipertensión y Ejercicio

Se facilita también el cronograma que se va a seguir.

Annex VI. Qüestionari ronda 1 panell Delphi

## CUESTIONARIO RONDA 1 PANEL DELPHI CON EL GRUPO DE EXPERTOS

Os presentamos a continuación el cuestionario para la revisión de la “*Guía interactiva para pacientes: Hipertensión y Actividad física*”. Os pedimos, por favor, que contestéis lo más sinceramente posible.

Hay que tener en cuenta que no se pide una revisión ortográfica (que se realizará al final del proyecto con la versión definitiva), sino de contenido, comprensión, diseño e inducción a la acción.

<b>ATRACCIÓN</b>
¿Qué es lo que más te llama la atención? ¿Por qué?
¿Te gusta el diseño (colores, tipo de letra, imágenes, contraste, medidas de la guía)? ¿Propondrías algún cambio?
<b>COMPRENSIÓN</b>
¿Crees que la guía es comprensible?
¿Crees que hay palabras que se pueden cambiar? ¿Cuáles y por qué? En este caso que palabras más acertadas propondrías. (Si quieres puedes adjuntar la guía y editar las propuestas de cambio en color rojo).
<b>IDENTIFICACIÓN:</b>
¿Consideras que la guía es adecuada para los pacientes hipertensos? ¿Hay algún apartado de la guía que consideres poco adecuado?
¿Crees que se pueden identificar con ella?
<b>ACEPTACIÓN</b>
¿Crees que hay alguna cosa que puede ser rechazada por los pacientes? ¿Cómo lo cambiarías?

### INDUCCIÓN A LA ACCIÓN

¿Crees que la guía es didáctica?

¿Crees que la guía puede ayudar a inducir un cambio en el estilo de vida de los hipertensos?

### DESTACA 2 ASPECTOS FUERTES DE LA GUIA

### DESTACA 2 ASPECTOS DE MEJORA DE LA GUÍA

### CONOCES OTROS RECURSOS QUE PODRIAN SER INTERESANTES PARA INCLUIR EN LA GUÍA

### OTROS COMENTARIOS

### DATOS INTERNOS PARA EL ESTUDIO:

Tiempo estimado de revisión: \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

¿Consideras que los días para la revisión han sido suficientes? ¿Por qué?

Gracias por la participación

Annex VII. Informe ronda 1 panell Delphi

## INFORME RONDA 1 PANEL DELPHI CON EL GRUPO DE EXPERTOS y ENTREVISTAS

Os presentamos a continuación el informe fruto de la revisión de la 1ª ronda de la “*Guía interactiva para pacientes: Hipertensión y Actividad física*” por parte del panel de expertos y las entrevistas a pacientes.

### CARACTERÍSTICAS DE LA GUIA

---

El informe contiene el análisis de los 5 apartados del cuestionario utilizado con el panel de expertos y las entrevistas semiestructuras a pacientes:

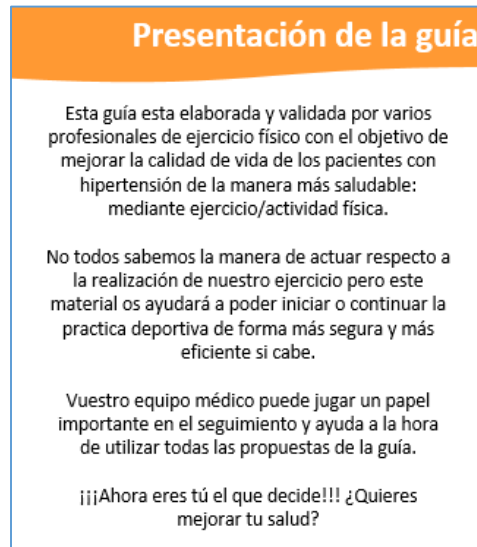
1) **Atracción:**

- En general expertos y pacientes coinciden en qué es una guía visual (P02), comprensible y esquemática (E02) con mensajes claros y concretos para las personas mayores (E01) que la hacen impactante (E12), agradable de leer (E08) y útil para el día a día (P03).
- Se destaca el carácter eminentemente práctico de la guía para interiorizar los conceptos (E07, P03) y la participación del paciente (E03, P02). Se destaca el estilo directo utilizado (E11).
- En relación al tamaño hay discrepancia de opiniones: mientras que algunos de los expertos y pacientes no recomiendan el tamaño bolsillo por la legibilidad de la gente mayor (E11o P04), otros creen que es un formato práctico para llevar encima (E03, P01 o P03). [Se plantea la cuestión para la 2ª ronda](#)
- La extensión de la guía también ha sido motivo de debate: algunos apuestan por la adecuación del número de páginas por contener toda la información necesaria en un único documento en lugar de estos trípticos sueltos que suelen darse (E08 y E14), otros consideran que puede ser un obstáculo y provocar rechazo al ser demasiado larga (E01, E13 o P01), y algunos pacientes dicen no ser suficientemente extensa porque le falta información sobre la hipertensión, los factores de riesgo o la alimentación (P03, P04 o P05). [Se plantea la cuestión para la 2ª ronda](#)

- El tamaño de la letra no es en general un problema para los pacientes (P04 o P05), pese a que en alguna página es más pequeña y se debería de revisar como la p.5 (P01). [Se modificará lo planteado.](#)
- Para el color de la guía se propone entre los expertos utilizar el rojo porque es el color que se asocia con el corazón (E09) mientras que otros expertos destacan que les gusta el contraste naranja y lo consideran adecuado (E12). También se plantea la posibilidad de identificar las distintas partes de la guía con colores distintos (E08). Otra propuesta en relación al color es asociar el rojo a prohibición y el verde a lo permitido y aconsejado (E03). [Se plantea la cuestión para la 2ª ronda.](#)
- Sobre el diseño se apunta hacia la necesidad de incorporar más imágenes/ilustraciones y esquemas que faciliten la comprensión, en detrimento de grandes cantidades de texto que aparecen en algunas de las páginas (E05, E09, E11, E12, E13, E14, P03 y P04). Se pone como ejemplo la p.16 (E03) o las p.13 y 14 o 17 (E12). También el apartado contraindicaciones p.23 sería recomendable que incluyera imágenes representativas (E09). [Se modificará lo planteado.](#)
- Se requiere la revisión de algunas páginas: especialmente la tabla de las p.10 y p.11 *Abordaje terapéutico o tratamiento* (E01, E04, E05, E07, E08, E09, E10, E12, P03 y P05) y la letra de la p.27 *ACTIVA'T CAMINANT* que parece un poco borrosa (E01, E05 y E08). [Se modificará lo planteado.](#)
- Añadir un cuadro resumen de las visitas, talleres, ejercicio y en paralelo el nivel de tensión arterial (E09). [Se modificará lo planteado](#)
- Otros cambios propuestos sobre el diseño: Se propone incorporar algún gráfico que detalle los datos estadísticos de la p.3 Presentación (E12). Cambiar los tics de la p.14 *Beneficios del ejercicio físico* por cuadraditos que no generen confusión. (E04). Resaltar el texto de color en la p.15 de los consejos. Se propone cambiar los tics de si y no que puede generar confusión, y que la persona tenga que redondear con un círculo las cosas que se hacen, por ejemplo, las p.8 y p.9 sobre como bajar la TA (E6). Se propone que las tablas de "Tomo mis notas" sean más grandes (E07). [Se modificará lo planteado.](#)
- Cambio propuestos sobre el contenido: La p.13 sobre los Efectos del ejercicio físico parecen presentar confusión, por lo que se procederá a cambiar el redactado. (E04 y E11). Falta una página explicativa antes de empezar la parte práctica de los registros: "Cómo aprovechar el 100% de la guía" (E10). Se



considera necesario incluir un índice en la guía (E08 y E14). Algunos pacientes expresan no entender la pirámide de actividad por lo que se podría explicar (P05 y P07). Se pide que el resumen de organización de la guía sea más extenso (E14) y Añadir una página de presentación más completa que motive a los lectores (E10). [Se modificará lo planteado.](#)



*Ejemplo de la página de motivación propuesta por el experto 10*

## 2) Comprensión:

- En general la guía se considera comprensible, salvo algún tecnicismo (E03 y E09). Hablar el idioma de los pacientes (E08). Uno de los expertos recomienda que la guía se use como cuaderno de trabajo acompañado de una tutorización para asegurar la comprensión de todos los aspectos de la guía (E10).
- Vocabulario identificado por los expertos para su modificación: p.13 vasodilatadora (E03) y normotensos (E03 y E14) y ejercicio aeróbico (E09), p.16 grandes grupos musculares (E09), p.22 maniobra de Valsalva (E03, E05, E09, E11 y E15) y decúbito (E14), p.27 cambiar trípticos en otras ciudades por pueblos (E06), p.28 Medido con IPAQ y Prochaska (E05). [Se proponen alternativas en la 2ª ronda.](#)
- Vocabulario identificado por los pacientes para su modificación: pese a que reconocer conocer ya muchos de los tecnicismos utilizados en la jerga médica, les gustaría que se relacionaran conceptos fáciles y difíciles para aprender más. Por ejemplo abordaje terapéutico y tratamiento o presión sistólica o máxima (P03). Se identifican otras palabras como: valor mmHg (P03), p.22 maniobra de

Valsalva (P01, P05), p.28 Medido con IPAQ y Prochaska (P03). [Se proponen alternativas en la 2ª ronda](#)

- Evitar las siglas, dado que en personas que no pertenecen al mundo sanitario cuando las siglas se repiten en páginas posteriores a su definición, es posible que no nos acordemos y presten a confusión (E03, E08, E11 y E12). [Se decide retirar todas las siglas de la guía para aumentar la legibilidad y facilitar la lectura.](#)
- Se proponen algunas aclaraciones: p.8 especificar a qué se refiere con 2g de sal y detallar que no las personas con sobrepeso y obesidad las que se pueden beneficiar de perder 4 o 5 kg de peso, y no cualquier persona (E07). En la p.31,35 y 10 especificar que si el valor de la presión máxima y mínima están por encima de la líneas marcadas hay que consultar al médico las antes de volver a realizar ejercicio. [Se modificará lo planteado.](#)

### 3) Identificación:

- En general se considera que la guía es adecuada para pacientes con hipertensión y que se pueden identificar con ella.
- Uno de los expertos considera que posiblemente serán los recién diagnosticados y las personas más jóvenes las que mejor se identifiquen con la guía (E06, E11, P01), y señala que pueden ser las personas mayores (E06 y E10) o con bajo nivel de estudios las que tengas más problemas (E06).
- Algunos expertos apuntan que se requiere de una gran motivación para la cantidad de registros que se presenta (E04 y E11) y justamente son los menos motivados los que tienen que ser objeto de nuestro interés, dado que los más motivados es muy posible que hayan buscado recursos por su cuenta (E11).
- En relación a la motivación expertos (E09) y pacientes (P03) destacan la necesidad de hacer más hincapié en las consecuencias positivas y sobretudo negativas de la actividad/ejercicio, para que los pacientes lo vean como una necesidad. Aunque también se reflexiona en qué los que no quieren cambiar no importa lo que les des sino que incidas en la motivación (E10, P07).
- Se apunta a la falta de tiempo como una de las posibles barreras identificadas por los pacientes, pero que con ayuda le pueden ver la utilidad y usarla para su beneficio (P02 y P03).

- También se apunta la necesidad de desarrollar con más detalle la hipertensión y añadir más información sobre la alimentación (E09, P03, P04 y P05). Uno de los expertos (E02) propone que se añada la fórmula para calcular la frecuencia cardíaca máxima que puede alcanzar el corazón en la práctica de ejercicio y que depende de la edad (Frecuencia cardíaca máxima = 220 lpm – edad). [Se plantea el debate para la 2ª ronda.](#)

#### 4) Aceptación:

- Utilizar a los pacientes que utilicen la guía como divulgadores (E09).
- El aspecto que algunos expertos y pacientes destacan como posible rechazo es el tamaño, la extensión de la guía y la falta de motivación. [Estos aspectos se ha desarrollado anteriormente y serán motivo de debate en la 2ª ronda.](#)

#### 5) Inducción a la acción:

- Expertos y pacientes coinciden en qué la guía es didáctica. Destacan que no solo aporta información y consejos sino que también se le posibilita la opción de participar activamente mediante los registros (E03, E04, P02, P03 y P06).
- Uno de los expertos propone que se unifiquen los registros para evitar que sean repetitivos (E08). Algunos de los pacientes comentan que siempre hacen las mismas rutinas y les sería difícil apuntarlo, pero que sí que registrarían las cifras de TA y el peso (P04 y P06). [Se planteará el debate para la 2ª ronda.](#)
- Se recomienda por parte de uno de los expertos la inclusión de referencias bibliográficas en la guía (E08). [Este aspecto será objeto de discusión en la 2ª ronda.](#)
- Uno de los expertos destaca que la presentación de la información con diferentes formatos alternos es un buen recurso y aporta valor (E13).
- Otro de los expertos recomienda que se añadan al principio de la guía los objetivos y lo que se espera de los pacientes (E12). [Se modificará lo planteado.](#)
- En relación a la posibilidad de cambio en el estilo de vida motivada por la guía, expertos (E04, E07, E08, E10, E13 y E14) y pacientes (P02, P03 y P07) coinciden en que la guía puede ser una ayuda indispensable para el cambio, pero siempre acompañada de la intervención de los profesionales (E02), porque las recomendaciones no deben darse como una simple información sino con el apoyo de los profesionales y el refuerzo periódico (E05). Puede ayudar pero si te ayudan (P02).

- Expertos (E14) y pacientes (P03) también coinciden en destacar que la guía contiene información que los profesionales no siempre explican en las visitas y que aquí aparecen muy detallados.

### **Puntos fuertes de la guía**

---

- 1) Ideas clave muy acertadas (E01)
- 2) Esquemática y visual (E02, P03) y con los conceptos claros (E04)
- 3) Dinámica (E03), de utilidad informativa (E05) y atractiva (E06).
- 4) Personificada (E04), con autoevaluaciones (E07 y E09) y autogestión de los cuidados (P04, E12 y E13)
- 5) Inclusión en la guía de las iniciativas para caminar en grupo por la ciudad (E01, P07) y otros recursos de interés (E05)
- 6) Aporta valor añadido porque se ha diseñado con pacientes y equipos interdisciplinarios (E10)
- 7) Induce a la reflexión como eje de motivación (E06)
- 8) Se destaca especialmente el apartado de registro personal (E08, E10, E12 y E14).
- 9) Aporta información de calidad (E13) y recogida en un solo documento (E14 y P07)

### **Aspectos de mejora de la guía**

---

- 1) Revisar el color y la letra en algunas de las páginas (E01, E04 y E14)
- 2) Hacer la guía aún más visual: añadir más imágenes y ejemplos (E03)
- 3) Quitar siglas (E03, E08, E11 y E12)
- 4) Modificar los tecnicismos (E03, E05, E06, E09, E11 y E15).
- 5) Ampliar los espacios de "Tomo mis notas" (E07)
- 6) Añadir un cuadro resumen de las visitas, talleres, ejercicio y en paralelo el nivel de tensión arterial (E09).
- 7) Falta información sobre los talleres y cuestionarios que se van a utilizar (E02).

### **Aspectos a valorar en la 2ª ronda**

---

- Tamaño bolsillo o tamaño cuartilla para la guía (E06 o E11).
- Reducir (E01, E05, E06, E10 o E13) o mantener la extensión de la guía (E03).
- Añadir citas bibliográficas en la guía.
- Incluir información sobre la alimentación (E11 o E14)

## Otros recursos interesantes para la Guía

---

- HTApp (E05)
- Tabla de equivalencias para cocinar o información sobre la cantidad de sal que tienen los alimentos más comunes (E07) (<http://www.sitiosargentina.com.ar/notas/2008/junio/equivalencias-gastronomicas.htm>)
- Incluir enlaces (o códigos bidi) a páginas web de interés (E07) como <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000468.htm>
- Aplicación para móvil Runkeeper (E08)
- PAFES rutas saludables (E10)
- Teclear en el buscador del site la palabra “hipertensión”. Hay guías para pacientes. (E11) <http://www.fundadeps.org/>
- Link a un video o código QR (E12)
- Crear una APP para la gente más joven (E03)
- Hacen falta más recursos como estos (P04).

## Annex VIII. Qüestionari ronda 2 panell Delphi

### CUESTIONARIO RONDA 2 PANEL DELPHI CON EL GRUPO DE EXPERTOS

Fruto del análisis de las respuestas a la 1ª ronda de los expertos y las entrevistas semiestructuradas con los pacientes han surgido necesidad de cambios que ya han sido valorados por el grupo asesor e incorporados en la guía.

A continuación se plantean aquellos aspectos que han sido motivo de discrepancia:

1. En relación al **tamaño** de la guía, **escoge** la opción que consideres más adecuada (a o b) y explica los motivos que justifican tu decisión:

- a. Tamaño actual de octavilla (es útil para llevar en el bolsillo).
- b. Tamaño cuartilla (aumentar la legibilidad en las personas mayores)

Motivos que justifican la decisión:

2. En relación a la **extensión** de la guía, **escoge** la opción que consideres más adecuada (a, b o c):

- a. Mantener el número de páginas y el contenido.
- b. Disminuir el número de páginas y quitar contenido
- c. Aumentar el número de páginas y añadir contenido

Motivos que justifican la decisión:

3. En relación a los **contenidos** y la pregunta anterior, **subraya** la información que consideras que hay que añadir en la guía:

- a. Hipertensión: clasificación, factores de riesgo, patologías que puede desarrollar.
- b. Alimentación: consejos para seguir una alimentación adecuada
- c. Fórmula para calcular la frecuencia cardíaca máxima

Otros contenidos:

4. En relación al **color de la guía**, **ordena** las posibilidades 1º, 2º, 3º y 4º según importancia:

- a. Rojo (por ser el color utilizado habitualmente con temas del corazón)
- b. Naranja (por ser un color distinto al habitual y que se identifica con la imagen corporativa del grupo de investigación)
- c. Utilizar diferentes colores para los distintos apartados de la guía  
*\*En caso de escoger la opción c, que colores propondrías:*
- d. Propongo otro color y es el:

Indica el grado de acuerdo (en desacuerdo 1 hasta muy de acuerdo 5):

- e. En el texto: Utilizar el color rojo para prohibiciones y verde para consejos y cosas permitidas. 1 2 3 4 5

Motivos que justifican la decisión:

5. En relación al **vocabulario**, se proponen alternativas, en caso de no estar de acuerdo puedes proponer otra opción:

- Estos pacientes (p.3): estas personas
- Elevación persistente (p.6): elevación continuada
- Abordaje terapéutico (p.10): tratamiento
- Prevenir la Morbilidad (p.11): prevenir las enfermedades
- Ejercicio físico aeróbico (p.13): con movimiento como andar o nadar
- Normotensos (p.13): con las cifras de tensión dentro de lo normal (no hipertensos)
- 10 mmHg (p.13): milímetros de mercurio (unidad con la que se mide la TA)
- Grandes grupos musculares (p.16): la mayor cantidad de músculos posibles (por ejemplo nadando se mueven más músculos que sentado en la bici).
- Decúbito (p.22): estirado
- Cefaleas (p.22): dolores de cabeza
- Claudicación intermitente (p.22): dolor en las piernas
- Medido con IPAQ y Prochaska (p.28): indicar que son cuestionarios que va a utilizar la enfermera.

Otros palabras detectadas y su alternativa:

\*Algunas palabras como maniobra de Valsalva han sido retiradas

6. **Especifica** tu grado de gran desacuerdo (1) o muy de acuerdo (5):

- Me parece bien que en algunas de las palabras aparezca la definición y ejemplos. Ej. Grandes grupos musculares (p.16): la mayor cantidad de músculos posibles (nadando se mueven más músculos que sentado en la bici).  
1 2 3 4 5

- Me parece bien que en algunos casos se utilicen el tecnicismo y la palabra coloquial para asimilar conceptos. Ej. Abordaje terapéutico (p.10): tratamiento. 1 2 3 4 5

7. En relación a los **registros**, **especifica** tu grado de gran desacuerdo (1) o muy de acuerdo (5):

- a. Introducir una página explicativa sobre los registros al inicio de estos, y dejar la propuesta actual que coincide con la intervención que se realizará (visita 1, taller 1,...). 1 2 3 4 5
- b. Unificar los registros sin relacionarlos con la intervención y que haya una tablas que posibiliten la recogida de datos de forma general. 1  
2 3 4 5

Motivos que justifican la decisión:

8. En relación a la **bibliografía**, **elige** una de las opciones:

- a. Seguir sin referencias bibliográficas porque es una guía para pacientes
- b. Añadir al final de la guía los recursos más importantes que se han utilizado para que el paciente que quiere tener más información conozca recursos de calidad.
- c. Añadir en cada una de las páginas las citas bibliográficas, como si fuera una guía para profesionales.

Motivos que justifican la decisión:

Otros comentarios para su consideración:

#### DATOS INTERNOS PARA EL ESTUDIO:

Tiempo estimado de revisión: \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

¿Consideras que los días para la revisión han sido suficientes? ¿Por qué?

Gracias por la participación



## Annex IX. Informe parcial ronda 2 panell Delphi

# INFORME RONDA 2 PANEL DELPHI CON EL GRUPO DE EXPERTOS

Os presentamos a continuación el informe fruto de la revisión de la 2ª ronda de la “*Guía interactiva para pacientes: Hipertensión y Actividad física*” por parte del panel de expertos.

Participan en la 2ª ronda 14 de los 16 expertos.

## CARACTERÍSTICAS DE LA GUIA

---

Se analizan los siguientes apartados:

### 6) **Tamaño:**

- 9 de los 14 expertos (64,29%) se decantan por el tamaño cuartilla, frente a los 5 del tamaño actual de octavilla (35,71%).
- Argumentos a favor de la cuartilla: tiene que ser una guía de consulta para tener en casa (E01, E07) en la que se puede escribir cómodamente (E09) y que las personas mayores con problemas de vista puedan leer (E16).
- Argumentos a favor de la octavilla: cómoda (E02), manejable y transportable (E03), que puede favorecer el uso (E04), y practica para llevar a las visitas /E06).
- *Se han verificado las dos opciones con expertos externos (consejo asesor) por las implicaciones económicas que puede suponer el cambio, y **dado que tanto pacientes como expertos coinciden mayoritariamente en la adecuación del tamaño cuartilla, se procede al cambio de formato.***

### 7) **Extensión:**

- 6 de los 14 expertos (42,86%) se decantan por mantener el número de páginas y el contenido, otros 6 (42,86%) escogen disminuir el número de páginas y contenido, y 2 (14,29%) opinan que hay que aumentar el número de páginas y el contenido.

- *Se han verificado las opciones con expertos externos (consejo asesor) por las implicaciones económicas que puede suponer el cambio, y dado que posteriormente se pide que se incluyan algunos contenidos en la guía, se decide reducir algunas de las páginas de registro (que serán unificadas), manteniendo las de contenidos.*

▪

#### 8) Contenidos de la guía:

- 10 de los 14 expertos (72%) opinan que hay que añadir contenidos relacionados con la alimentación, 6 (43%) sobre factores de riesgo, también 6 (43%) sobre patologías que puede desarrollar la hipertensión y 4 (29%) sobre la clasificación de la hipertensión. Únicamente 2 apuestan por incluir la fórmula para calcular la frecuencia cardíaca máxima.
- Entre los comentarios uno de los expertos (E16) propone que se incluya información sobre las horas y condiciones óptimas para medir la tensión arterial (TA).
- *Se han verificado las opciones con expertos externos (consejo asesor) y dado que no es el motivo principal de la guía pero guarda relación directa con el ejercicio se ha decidido incluir información breve sobre la importancia de la alimentación equilibrada. También se dedicará unas líneas breves en la parte inicial de la guía a los factores de riesgo y las enfermedades que puede ocasionar con el objetivo de incidir en la motivación de los pacientes. Se decide incluir en la guía unas referencias a la medida de la TA (horarios, posición,...). Se ha descartado la opción de incluir el resto de contenidos en la guía.*

#### 9) Color de la guía:

- 8 de los 14 expertos (57%) se decantan por el color naranja, 1 (7%) por el rojo, otros 2 (14%) por utilizar diferentes colores para los distintos apartados de la guía y otros 3 se decantan por otros colores verde (7%) y azul (14%). Dos de los expertos motivan la decisión de utilizar colores distintos para aumentar la visibilidad de los apartados.
- *Se han verificado las opciones con expertos externos (consejo asesor) y dado que no aumenta el coste de la guía y en cambio sí que le aporta un valor añadido, se ha decidido mantener el color naranja para la portada y contraportada, así como el apartado de la hipertensión; utilizar el azul para*

*el ejercicio; y el verde para los recursos, iniciativas y registros, facilitando así la visibilidad de los distintos apartados.*

#### 10) Utilización de colores dentro de la guía:

- 9 de los 14 expertos (65%) están totalmente de acuerdo en utilizar el color rojo para las prohibiciones y el verde para las recomendaciones positivas, 4 (28%) están muy de acuerdo con la propuesta y únicamente 1 (7%) no lo recomienda.
- *Se han verificado las opciones con expertos externos (consejo asesor) y **dado que es la opinión mayoritaria, se modificará la guía utilizando los colores rojo para las prohibiciones y verde para las recomendaciones positivas por ser una costumbre adquirida (E09, E10).***

#### 11) Vocabulario:

- Todos los expertos coinciden en hacer los cambios propuestos. Se propone utilizar la palabra tumbado en lugar de estirado (E07), completar la definición de claudicación intermitente por dolor en las piernas que desaparece con el reposo (E06) y explicar a los pacientes que son el IPAQ y Prochaska para empoderarles (E05).
- Todos los expertos están muy de acuerdo (28%) o totalmente de acuerdo (70%) en que aparezca la definición y ejemplos en algunas de las palabras detectadas como difíciles.
- En relación a utilizar tecnicismos y palabras coloquiales de forma conjunta para relacionar conceptos: 6 (42%) están totalmente de acuerdo y 3 (21%) muy de acuerdo; frente a 5 (35%) que no está de acuerdo.
- *Se han verificado las opciones con expertos externos (consejo asesor) y **se harán todas las propuestas de mejorar citadas en relación al vocabulario. En el caso de los tecnicismos se considera que puede ayudar a empoderar al paciente, pero sin abusar de la técnica.***

#### 12) Registros:

- Gran parte de los expertos (70%) considera que se debe incluir una página al inicio de los registros que sea explicativa y oriente al paciente.

- La mayoría de los expertos (63%) opinan que sería pertinente unificar los registros con el fin de observar la evolución (E16).
- *Se han verificado las opciones con expertos externos (consejo asesor) y se ha decidido unificar los registros de manera que haya una parte de evaluación de las visitas y talleres de la intervención, y otra con tablas de registro de datos para ver la evolución identificados con señales.*

### 13) Bibliografía:

- Casi la totalidad de los expertos (93%) coinciden en hacer añadir al final de la guía los recursos más importantes que se han utilizado para la consulta, uno de los expertos (7%) considera que no deberían de aparecer citas.
- *Se han verificado las opciones con expertos externos (consejo asesor) y dado que hay consenso en la opinión se procederá a incluir los recursos utilizados al final de la guía.*

## Annex X. Qüestionari final ronda 3 panell Delphi

### CUESTIONARIO RONDA 3 PANEL DELPHI CON EL GRUPO DE EXPERTOS

Os presentamos a continuación el cuestionario para la revisión final de la “*Guía interactiva para pacientes: Hipertensión y Actividad física*”. Os pedimos, por favor, que contestéis lo más sinceramente posible.

Hay que tener en cuenta que no se pide una revisión ortográfica (que se realizará al final del proyecto con la versión definitiva), sino de contenido, comprensión, diseño e inducción a la acción.

<b>ATRACCIÓN:</b> ¿Te gusta el diseño (colores, tipo de letra, imágenes, contraste, medidas de la guía)?
Puntúa de 1 a 4 tu satisfacción con el diseño (siendo 1 muy descontento y 4 muy contento)
1    2    3    4
¿Propondrías algún cambio? En caso de puntuar 1 o 2, ¿qué motivos justifican tu decisión?
<b>COMPRENSIÓN:</b> ¿Crees que la guía es comprensible?
Puntúa de 1 a 4 tu satisfacción con la comprensión (siendo 1 muy descontento y 4 muy contento)
1    2    3    4
¿Propondrías algún cambio? En caso de puntuar 1 o 2, ¿qué motivos justifican tu decisión?
<b>IDENTIFICACIÓN:</b> ¿Crees que los hipertensos se pueden identificar con la guía?
Puntúa de 1 a 4 tu satisfacción con la identificación (siendo 1 muy descontento y 4 muy contento)
1    2    3    4
¿Propondrías algún cambio? En caso de puntuar 1 o 2, ¿qué motivos justifican tu decisión?

**ACEPTACIÓN: ¿Crees que hay alguna cosa que puede ser rechazada por los pacientes?**

Puntúa de 1 a 4 tu satisfacción con la aceptación (siendo 1 muy descontento y 4 muy contento)

1   2   3   4

¿Propondrías algún cambio? En caso de puntuar 1 o 2, ¿qué motivos justifican tu decisión?

**INDUCCIÓN A LA ACCIÓN: ¿Crees que la guía puede ayudar a inducir un cambio en el estilo de vida de los hipertensos?**

Puntúa de 1 a 4 tu satisfacción con la inducción a la acción (siendo 1 muy descontento y 4 muy contento)

1   2   3   4

¿Propondrías algún cambio? En caso de puntuar 1 o 2, ¿qué motivos justifican tu decisión?

**¿Has utilizado algún recurso que se pueda incluir en la bibliografía?**

**DESTACA 2 ASPECTOS GLOBALES FUERTES DE LA GUIA**

**DESTACA 2 ASPECTOS GLOBALES DE MEJORA DE LA GUÍA**

**OTROS COMENTARIOS**

**DATOS INTERNOS PARA EL ESTUDIO:**

Tiempo estimado de revisión: \_\_\_\_ horas \_\_\_\_ minutos

¿Consideras que los días para la revisión han sido suficientes? ¿Por qué?

Gracias por la participación

## Annex XI. Informe de la ronda final (ronda 3) panell Delphi

# INFORME FINAL PANEL DELPHI CON EL GRUPO DE EXPERTOS (RONDA 3)

Os presentamos a continuación el informe fruto de la revisión de la 3ª ronda (ronda final) de la “*Guía interactiva para pacientes: Hipertensión y Actividad física*” por parte del panel de expertos.

En esta ronda se plantean los conceptos iniciales (atracción, comprensión, identificación, aceptación e inducción a la acción) que los expertos deben puntuar en una escala Likert de 1 a 4. Participan en la 3ª ronda 15 de los 16 expertos.

### CARACTERÍSTICAS DE LA GUIA

Se analizan los apartados o conceptos detallados, la tabla muestra las puntuaciones globales de los 5 conceptos analizados:

Concepto	Características del concepto	Puntuaciones				T
		1	2	3	4	
Atracción	Color, letra, imágenes, tamaño	0	2	1	12	15
Comprensión	La guía es comprensible	0	0	3	12	15
Identificación	Los pacientes se identifican	0	0	5	10	15
Aceptación	Algo puede ser rechazado	0	0	6	9	15
Inducción acción	Cambios en el estilo de vida	0	1	6	7	14
Total (T)		0	3	21	50	74

Han participado 15 de los 16 panelistas contactados, dado que los perfiles importantes estaban doblados, no ha sido un problema subsanar la pérdida. La media de edad de los expertos ha sido de 49 años (32-59), siendo 10 mujeres y 5 hombres. Los expertos procedentes de distintas disciplinas (medicina, enfermería, pedagogía, ciencias de la actividad física y deporte, marketing y diseño) tienen una experiencia media de 26 años en sus campos.

El tiempo invertido por los expertos en la revisión es el siguiente:

Ronda	Nº expertos	Rango	Total minutos invertidos	Media
Ronda 1	15 / 16	40'-3h	1389'	92,6'/experto
Ronda 2	14 / 16	30'- 2h 30'	858'	61,29'/experto
Ronda 3	15 / 16	20'- 2h 30'	830'	55'/experto
Total	14 o 15	20'- 2h 30'	3077'	69,63'/experto

## Evolución de las opiniones de los expertos:

---

### Ronda 1 y entrevistas:

- **Atracción:** expertos y pacientes coinciden en que es una guía muy visual (P02, comprensible y esquemática (E02). Se destaca el carácter práctico (E07 y P03). Consenso en relación al tamaño de la letra y necesidad de incorporar imágenes. Hay discrepancia en relación al tamaño, extensión y color de la guía, cuestiones que se plantean para la siguiente ronda.
- **Comprensión:** Se proponen cambios concretos en el contenido, especialmente relacionados con vocabulario médico y siglas.
- **Identificación:** Se proponen cambios concretos en el diseño, especialmente enfocados a mejorar la motivación y los perfiles de la guía.
- **Aceptación:** consenso en que la guía debe ir acompañada de una intervención.
- **Inducción a la acción:** guía didáctica y participativa (E03, E04, P02, P03 y P06). Necesidad de incluir citas bibliográficas e incidir en los beneficios y cambios del estilo de vida, cuestiones que se plantean para la siguiente ronda.

Se destacan algunos puntos fuertes como las ideas clave, utilidad informativa, atractiva, esquemática, inclusión de recursos e iniciativas, autoevaluación y registro personal.

Los aspectos de mejora están relacionados con el color, extensión y tamaño de la guía, incorporar imágenes, quitar siglas y adecuar el lenguaje modificando tecnicismos, añadir información de la intervención y citas bibliográficas.

### Ronda 2:

- **Tamaño:** 9 de los 14 expertos (64,29%) se decantan por el tamaño cuartilla, frente a los 5 del tamaño actual de octavilla (35,71%). Se han verificado las dos opciones con expertos externos (consejo asesor) por las implicaciones económicas que puede suponer el cambio, y dado que tanto pacientes como expertos coinciden mayoritariamente en la adecuación del tamaño cuartilla, se procede al cambio de formato.
- **Extensión:** 6 de los 14 expertos (42,86%) se decantan por mantener el número de páginas y el contenido, otros 6 (42,86%) escogen disminuir el número de páginas y contenido, y 2 (14,29%) opinan que hay que aumentar el número de páginas y el contenido. Se decide reducir algunas de las páginas de registro (que serán unificadas), manteniendo las de contenidos.
- **Contenidos de la guía:** 10 de los 14 expertos (72%) opinan que hay que añadir contenidos relacionados con la alimentación, 6 (43%) sobre factores de riesgo, también 6 (43%) sobre patologías que puede desarrollar la hipertensión y 4

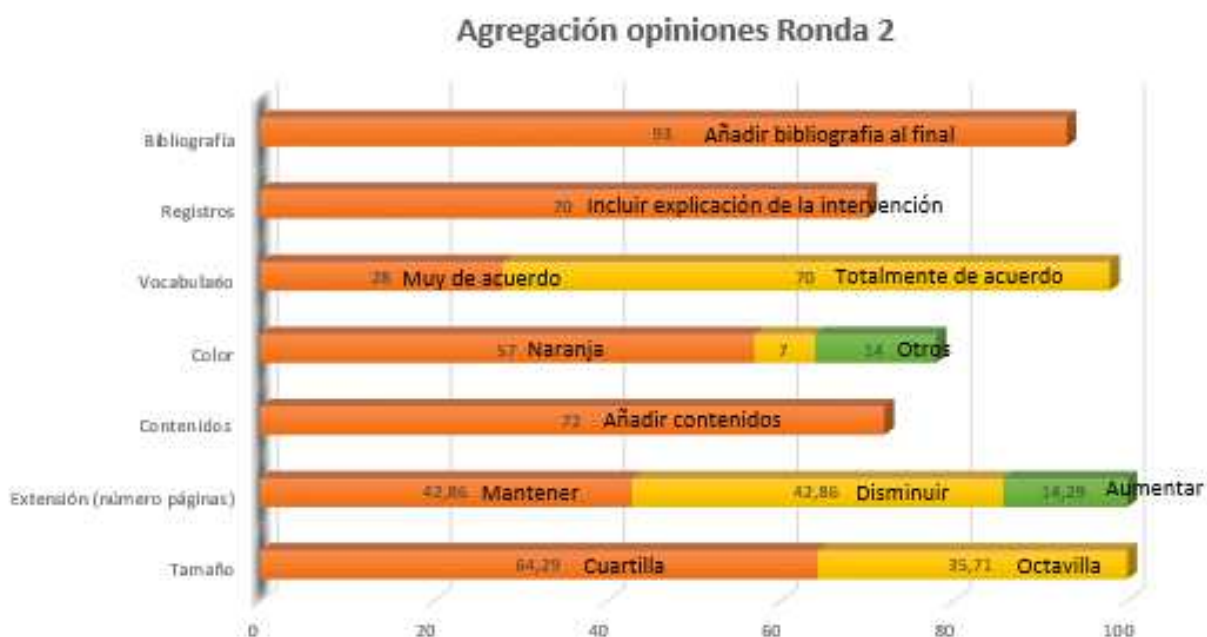


(29%) sobre la clasificación de la hipertensión. Únicamente 2 apuestan por incluir la fórmula para calcular la frecuencia cardíaca máxima.

- **Color de la guía:** 8 de los 14 expertos (57%) se decantan por el color naranja, 1 (7%) por el rojo, otros 2 (14%) por utilizar diferentes colores para los distintos apartados de la guía y otros 3 se decantan por otros colores verde (7%) y azul (14%). Dos de los expertos motivan la decisión de utilizar colores distintos para aumentar la visibilidad de los apartados. Se ha decidido mantener el color naranja para la portada y contraportada, así como el apartado de la hipertensión; utilizar el azul para el ejercicio; y el verde para los recursos, iniciativas y registros, facilitando así la visibilidad de los distintos apartados.
- **Vocabulario:** Todos los expertos coinciden en hacer los cambios propuestos. Todos los expertos están muy de acuerdo (28%) o totalmente de acuerdo (70%) en que aparezca la definición y ejemplos en algunas de las palabras detectadas como difíciles.
- **Registros:** Gran parte de los expertos (70%) considera que se debe incluir una página al inicio de los registros que sea explicativa y oriente al paciente.
- **Bibliografía:** Casi la totalidad de los expertos (93%) coinciden en hacer añadir al final de la guía los recursos más importantes que se han utilizado para la consulta, uno de los expertos (7%) considera que no deberían de aparecer citas. Se han verificado las opciones con expertos externos (consejo asesor) y dado que hay consenso en la opinión se procederá a incluir los recursos utilizados al final de la guía.

La tabla resume las características enumeradas:

Característica	Respuestas		
Tamaño	64,29% Cuartilla	35,71% Octavilla	
Extensión (número páginas)	42,86% Mantener	42,86% Disminuir	14,29% Aumentar
Contenidos	72% añadir	43% factores riesgo	43% hipertensión
Color	57% naranja	7% rojo	14% otros
Vocabulario (opinión de los cambios propuestos)	28% muy de acuerdo	70% totalmente de acuerdo	
Registros	70% opina incluir una página explicativa de la intervención		
Bibliografía	93% añadir al final de la guía los recursos más importantes		



*Esquema de la agregación de las respuestas de la 2ª ronda del Delphi*

### Ronda 3:

La tabla recoge las puntuaciones mediante la escala Likert de 4 puntos de los 5 conceptos principales:

Concepto	Características del concepto	Puntuaciones				
		1	2	3	4	T
Atracción	Color, letra, imágenes y tamaño	0	2	1	12	15
Comprensión	La guía es comprensible	0	0	3	12	15
Identificación	Los pacientes se identifican con la guía	0	0	5	10	15
Aceptación	Algo puede ser rechazado	0	0	6	9	15
Inducción a la acción	Cambios en el estilo de vida	0	1	6	7	14
Total		0	3	21	50	74

La medida de tendencia central en las respuestas siempre es 4 (muy satisfecho), y en ninguno de los casos es 1 (muy descontento). Se corrigen aspectos puntuales relacionados con los cambios en el estilo de vida y la aceptación que son los que consiguen puntuaciones más bajas.

En relación a los recursos utilizados los expertos recomiendan la revisión de las guías europeas y algunas webs que son incorporadas a la guía.

El rango intercuartílico de la ronda final (68%) es menor que en las iniciales (12-49%), dado que van convergiendo las opiniones. En la ronda 3 se llega a un punto de equilibrio casi estático (los expertos coinciden en el 96% de los casos en puntuaciones de 3 y 4).

La versión definitiva de la guía (versión 14) fue el resultado del análisis de la 3ª ronda, y en ella se incluyeron 8 conceptos que obtuvieron una valoración excelente. Estos conceptos fueron incluidos directamente, aunque los peor valorados fueron revisados con los comentarios de los expertos e incluidos en la versión final. La media del índice kappa corregido fue de  $K=0.926$ , el índice de validez de contenido  $IVC=0,924$  i el índice de probabilidad de acuerdo por azar  $Pa=0,002$ . Los resultados detallados se muestran en la tabla:

Indicador		Relevancia	IVC	Pa	K	Valoración	Action taken
Atracción	Color de la guía	13/15	0,87	0,003	0,869	Excelente	Incluido
	Tamaño de la guía	13/15	0,87	0,003	0,869	Excelente	Incluido
	Tamaño de la letra	13/15	0,87	0,003	0,869	Excelente	Incluido
	Imágenes	13/15	0,87	0,003	0,869	Excelente	Incluido
La guía es comprensible		15/15	1,00	0,000	1,000	Excelente	Incluido
Los pacientes se identifican		15/15	1,00	0,000	1,000	Excelente	Incluido
Algo puede ser rechazado		15/15	1,00	0,000	1,000	Excelente	Incluido
Cambios en el estilo de vida		13/14	0,93	0,001	0,929	Excelente	Incluido
T			0,924	0,002	0,926		

Finalmente, la investigadora principal con el asesoramiento del Servicio de Ediciones y Publicaciones de la Universitat de Lleida mejora aspectos relacionados con el tamaño de las imágenes (300 ppi), se comprueban las licencias y propiedades intelectuales (etiquetas para la reutilización no comercial), se añaden los sangrados y márgenes (3mm y 1,5 cm, respectivamente) y se adquiere el depósito legal y ISBN correspondiente. Revisión ortográfica final por el Servicio de Asesoramiento Lingüístico de la Universidad de Lleida.

La guía ha sido avalada por la Asociación Española de Enfermería de Hipertensión y Riesgo Cardiovascular, el Pla de l'Activitat Física i l'Esport de la Generalitat de Catalunya y el Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida.